

指定介護老人福祉施設 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 0874400070 号)

当事業所はご契約者（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。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、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入所は可能です。

◆◇ 目次 ◇◇

1. 施設経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
3. 居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・	3
6. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）・・・・・	6
7. 身元引受人・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8
8. 苦情受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・	8

1. 施設経営法人
 - (1) 法人名 社会福祉法人 宗仁会
 - (2) 法人所在地 茨城県取手市岡1476番地
 - (3) 電話番号 0297-85-8304
 - (4) 代表者氏名 根本 敏成
 - (5) 成立年月 昭和55年7月7日

2. ご利用施設
 - (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
茨城県 0874400070号
 - (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、ご契約者（利用者）がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご契約者（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。
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 北相寿園
 - (4) 施設の所在地 茨城県取手市岡1476番地
 - (5) 電話番号 0297-85-8304
 - (6) 施設長（管理者） 岡崎 正
 - (7) 当事業所の運営方針 ご利用者が施設において、自立した生活ができるよう、介護度に応じた心身への援助を提供いたします。
 - (8) 開設年月 平成12年4月1日（昭和56年4月28日創立）
 - (9) 入所定員 50人

3. 居室などの概要

(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希望される場合は、その旨お申出下さい。（但し、ご契約者（利用者）の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。）

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	（3）室	短期入所用 3室 従来型個室
2人部屋	3（2）室	短期入所用 2室 多床室
4人部屋	12室	多床室
静養室	1室	1F
食堂	1F	
機能訓練室	1F	【主な設備機器】 滑車、歩行器、マット等
浴室	1F	一般浴槽・機械浴槽
医務室	1F	

☆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。この施設・設備の利用にあつて、ご契約者（利用者）に特別にご負担いただく費用はありません。

☆ご契約者（利用者）から居室の変更希望の申し出があつた場合は、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（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、ご契約者（利用者）やご家族などと協議の上決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者（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>

職種	特養常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	14名以上	14名
3. 生活相談員	1名以上	1名
4. 看護職員	2名以上	2名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名
6. 介護支援専門員	1名以上	1名
7. 医師	嘱託	（1）名
8. 栄養士	1名	1名

☆職員の配置については、指定基準を遵守しています。

☆常勤換算：職員それぞれ週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制
1. 医師	毎週：火曜日・木曜日
2. 介護職員	基準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：30～17：00 5名 夜間：16：30～ 8：30 3名
3. 看護職員	基準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：30～17：00 2名
4. 機能訓練指導員	毎週 土曜日 1名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者（利用者）に対して以下のサービスを提供します。

（１） 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き9割から7割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 食事

- ・ 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者（利用者）の心身の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者（利用者）の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食7：00～8：00 昼食12：00～13：00 夕食17：00～18：00

② 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。

③ 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者（利用者）の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者（利用者）の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに、必要な機能の回復また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 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、適切な整容が行われるよう援助します。

<サービスの利用料金>（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご契約者（利用者）の要介護度に応じたサービス利用料金と居住費、食費をお支払い下さい。

介護度	基本サービス費 (単位数)	看護体制加算 I 1 (単位数)	夜勤職員配置 加算 I 2 (単位数)	サービス提供体制 加算 (単位数)	介護職員等 処遇改善加算 (II) (単位数)	所得段階 (割合)	居住費 (円)	食費 (円)	1日の 利用料金 (円)	1ヶ月の 利用料金 (31日分) (円)
要介護1	589	6	13	6	84	1	0	300	1,029	31,899
						2	430	390	1,549	48,019
						3①	430	650	1,809	56,079
						3②	430	1,360	2,519	78,089
						4	915	1,445	3,089	95,759
						4(2割)			3,818	118,358
						4(3割)			4,547	140,957
要介護2	659	6	13	6	93	1	0	300	1,112	34,472
						2	430	390	1,632	50,592
						3①	430	650	1,892	58,652
						3②	430	1,360	2,602	80,662
						4	915	1,445	3,172	98,332
						4(2割)			3,984	123,504
						4(3割)			4,796	148,676
要介護3	732	6	13	6	103	1	0	300	1,199	37,169
						2	430	390	1,719	53,289
						3①	430	650	1,979	61,349
						3②	430	1,360	2,689	83,359
						4	915	1,445	3,259	101,029
						4(2割)			4,157	128,867
						4(3割)			5,056	156,736
要介護4	802	6	13	6	112	1	0	300	1,282	39,742
						2	430	390	1,802	55,862
						3①	430	650	2,062	63,922
						3②	430	1,360	2,772	85,932
						4	915	1,445	3,342	103,602
						4(2割)			4,323	134,013
						4(3割)			5,305	164,455
要介護5	871	6	13	6	122	1	0	300	1,364	42,284
						2	430	390	1,884	58,404
						3①	430	650	2,144	66,464
						3②	430	1,360	2,854	88,474
						4	915	1,445	3,424	106,144
						4(2割)			4,487	139,097
						4(3割)			5,551	172,081

利用料金は計算上若干の誤差が生じ、この限りではありません。

☆ ご契約者（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契約者（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、契約者（利用者）の負担額を変更します。

- ☆ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。
- ☆ 外泊・入院をされた場合、居室管理料として所定の料金（915 円／日）を支払って頂きます。また、併設医療機関の場合、入院日・退院日はそれぞれの実費（食費 1,445 円／日、居住費 915 円／日）を支払って頂きます。

（２） 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第４条、第７条参照）

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 特別な食事

ご契約者（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

② 理容・美容（業者委託） ※他業者ご希望の方はご相談ください。

理髪サービス 月に１回 利用料金：2000 円

③ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者（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。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

<例>

・主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容（例）	備考
1 月	新年をお祝いします。	
2 月	3 日－節分（施設内で豆まきを行います。）	
3 月	3 日－ひなまつり	
4 月	上旬－お花見	
7 月	納涼祭	
9 月	紅葉狩り	
1 0 月	運動会	
1 2 月	クリスマス会	
5～1 1 月	ドライブ	

・クラブ活動 書道（材料代等の実費をいただきます。）

④ 複写物の交付

ご契約者（利用者）は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1 枚につき 2 0 円

⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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（利用者）に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

- ・電気器具のご使用の際には電気料金を頂きます。

- (1個につき 月500円 ※但し、ラジオ・ラジカセは 月300円)
- ・ おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。
- ・ 通常の洗濯が適当ではないと判断された衣類の洗濯にかかる費用。
(1回500円もしくは実費)

⑥ ご契約者の移送に係る費用

ご契約者（利用者）の外出・外泊時の移送サービスを行います。
1回のご利用につき実費 500円 (2km以上は300円/km)
(介助員付きの添いの場合には、1時間 1000円を別途いただきます。)

⑦ 契約書代22条に定める所定の料金

ご契約者（利用者）が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金の2.5割増を頂きます。
☆ 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。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法（契約書第7条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、翌月中旬にご請求しますので、30日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

☆ 1ヶ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. 窓口での支払い
イ. 下記指定口座への振込み
常陽銀行 取手支店 普通預金 1679901

(4) 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（利用者）の希望により、下記協力医療機関において医療を受けることができます。入院対応はご家族の方々でお願い致します。その際、施設を退所して頂くことがありますので、御了承ください。

協力医療機関

医療機関の名称	宗仁会病院
所在地	茨城県取手市岡1467番地
診療科	内科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科

医療機関の名称	デンタルサポート株式会社
所在地	千葉県柏市布施新町4-2-1

☆診療希望される際は、ご家族の署名が必要です。

6. 施設を退所して頂く場合（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出来ますが、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（利用者）に退所していただくことになります。(契約書第16条)

- ア. 要介護認定によりご契約者（利用者）の心身の状況が自立または要支援、要介護1,2と判定された場合
(但し、特例入所の制度もございます。)
- イ. 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
- ウ. 施設の滅失や重大な毀損によりご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合
- エ. 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

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書 第17条、第18条参照）

契約の有効期間であってもご契約者（利用者）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7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、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。

- ア. 介護保険給付対象外サービスの利用料の変更に同意できない場合
- イ. 施設の運営規定の変更に同意できない場合
- ウ. ご契約者（利用者）が入院された場合
- エ. 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
- オ. 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
- カ. 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（利用者）の身体・財産・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
- キ. 他の利用者がご契約者（利用者）の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れのある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

(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）（契約書 第19条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ア. 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要な事情を生じさせた場合
- イ. ご契約者による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上（※1年未満）遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合
- ウ. ご契約者（利用者）が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者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等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- エ. ご契約者（利用者）が連続して3ヶ月以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合
- オ. ご契約者（利用者）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

<利用者が病院等に入院された場合の対応について>（契約書第21条参照）

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。

ア. 3ヶ月以内に退院された場合

3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、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。

イ. 3ヶ月以内に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。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第20条参照）

ご契約者（利用者）が当施設を退所する場合には、ご契約者（利用者）の希望により、事業者はご契約者（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必要な以下の援助を契約者（利用者）に対して速やかに行います。

ア. 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

イ. 居宅介護支援事業所の紹介

ウ. 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. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。但し、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者（利用者）の所持品（残置物）をご契約者（利用者）自身が引き取れない場合に備えて、「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（利用者）また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. 事故発生時の対応方法

- (1) 入所者に対する当施設のサービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 入所者に対する当施設のサービスの提供により、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。
- (3) 前項の事故及び事故に際して採った処置を記録します。

9. 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1.あり 2.なし
	②なし		

10. 苦情の受付について（契約書26条参照）

（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 児玉 達郎

受付時間 毎週月曜日から土曜日まで（午前8：30から17：00）

TEL 0297-85-8304(代) FAX 0297-85-8305

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（2）行政機関その他の苦情受付機関

取手市役所 介護保険担当課	所在地	茨城県取手市寺田5139番地
	電話番号	0297-74-2141
	FAX	0297-73-5995
国民健康保険団体連合 (茨城県市町村会館内)	所在地	茨城県水戸市笠原町978番2号
	電話番号	029-301-1567
	FAX	029-301-1580
茨城県社会福祉協議会	所在地	茨城県水戸市千波町1918
	電話番号	029-241-1133
	FAX	029-241-1434

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 北相寿園

説明者職氏名

介護支援専門員 氏名 印

生活相談員 氏名 印

特養

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

令和 年 月 日

(契約者)

住所

氏名

印

(利用者)

住所

氏名

印

残置物引取人

住所

氏名

印