

地域密着型介護老人福祉施設

美作特別養護老人ホームやすらぎ荘

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
(岡山県指定第 3 3 9 3 7 0 0 0 7 9 号)

当施設は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 3～5」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可能です。

◆◇目 次◇◆

1. 施設経営法人	2
2. ご利用施設	2
3. 契約締結からサービス提供までの流れ	3
4. 居室の概要	3
5. 職員の配置基準	4
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
7. 施設を退所していただく場合	9
8. 残置物引取人	11
9. 苦情の受付について	11
10. サービス提供における事業者の義務	12
11. 施設利用の留意事項	12
12. 損害賠償について	13
13. 事故発生時の対応	13

1. 施設経営法人

- (1) 法人名：経山会
- (2) 法人所在地：岡山県総社市久米 48-1
- (3) 電話番号：0866-92-6981
- (4) 代表者氏名：理事長 長野 直樹
- (5) 設立年月日：平成 5 年 8 月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成 24 年 2 月 1 日
岡山県 3 3 7 3 7 0 0 0 7 9 号
- (2) 施設の目的 老人福祉事業
- (3) 施設の名称 地域密着型美作特別養護老人ホームやすらぎ荘
- (4) 建物の構造 鉄骨造 2 階建 鋼板縦葺
- (5) 建物の延べ面積 敷地面積 8,784.71 m²
建物面積 2,086.92 m²
延床面積 3,626.29 m²
- (6) 併設事業 「ユニット型介護老人福祉施設」 定員 40 名
「短期入所生活介護」 定員 4 名
「介護予防短期入所生活介護」
- (7) 施設の所在地 岡山県美作市古町 1707 番地 3
- (8) 電話番号及び FAX 電話 0868-78-2829 FAX 0868-78-2859
- (9) 施設長(管理者)氏名 吉井 秀男
- (10) 当施設の運営方針 当法人は「社会・地域における福祉の発展・充実」を実現するために、社会福祉事業の安全的・継続的経営に努めるとともに、多様な福祉課題に柔軟かつ主体的に取り組み、公共的・公益的かつ信頼性高い経営の実践をめざします。
- (11) 開所年月日 平成 24 年 4 月 1 日
- (12) 入所定員 16 名

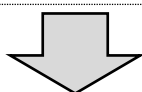
3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「施設サービス計画書（ケアプラン）」で定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及び変更は、次のとおり行います。

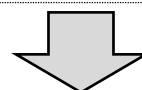
①当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が施設サービス計画の原案作成や、そのため必要な調査等の業務を担当します。



②介護支援専門員（ケアマネジャー）は施設サービス計画書の原案について、ご契約者及びその家族等の同意を得たうえで決定します。



③施設サービス計画は、6ヶ月毎もしくは心身の変化があった場合、あるいはご契約者及びその家族等の要請に応じ、変更の必要がある場合には、ご契約者及びその家族等と協議し同意を得たうえで、施設サービス計画を変更します。



④施設サービス計画が変更された場合は、ご契約者及びその家族等に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。



4. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご利用しています。入居される居室は全室2人部屋となっております。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	8室	全室リモコンベッド
食堂兼機能訓練室	1室	食事・談話
浴室	1室	家庭浴室・特殊浴槽
地域交流ホール	1室	行事、研修
理容室	1室	散髪
会議室	1室	
医務室	1室	
静養室	1室	

※上記は、厚生省の定める基準により、指定老人介護福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたってご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室に関する特記事項

各居室の標準設備 電動ベッド（寝具付）ロッカー・タンス・床頭台・
ナースコール

5. 職員の配置基準

当施設では、ご契約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	職員数
1. 施設長	1 名
2. 介護職員	7 名以上
3. 生活相談員	1 名以上
4. 看護職員（兼務）	3 名以上
5. 機能訓練指導員（兼務）	1 名以上
6. 介護支援専門員	1 名以上
7. 医師「嘱託医」	1 名
8. 管理栄養士	1 名以上

＜主な職員の勤務体制＞ （短期入所生活介護職員を含む）

施設長・事務職員	8：45～17：45
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中 6：45～20：00 2 名以上 夜間 22：00～7：00 1 名以上
生活相談員 介護支援専門員 機能訓練指導員 管理栄養士	8：45～17：45
看護職員	8：00～18：15 ※夜間でも連絡体制を確保しています
医師（嘱託医）	月・金曜日（14：00～16：00）

※土日は、上記と異なります。

<配置職員の勤務内容>

施設長	・・・	施設の職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を行います。
看護職員	・・・	ご契約者の保健衛生管理及び看護業務を行います。
介護職員	・・・	ご契約者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。
生活相談員	・・・	ご契約者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等を行います。
機能訓練指導員	・・・	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練を行います。
介護支援専門員	・・・	ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
栄養士	・・・	ご契約者の食事の献立作成、入所者に対する栄養管理を行います。
医師	・・・	ご契約者の診察・健康管理及び療養上の指導を行います。

6. 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

(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「介護保険負担割合証」に記載された割合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および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約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：8時00分 昼食：12時00分 夕食：18時00分

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきり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機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約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。

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限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎日レクリエーションをおこないます。
- ・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。

<サービス利用料金（1日当り）（契約書第5条参照）>

別紙①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額を除いた金額（自己負担額）、食事に係る自己負担額、居室に係る自己負担額と各種加算の合計金額をお支払いください。

（サービスの利用料金は、ご契約者の介護度に応じて異なります。）

○その他必要に応じて頂く加算

別紙①記載

※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。所得等による限度額は下記の通りです。

利用者負担限度額	居住費の上限額 （日額）	食費の上限額 （日額）
	個室	個室
第1段階 ・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給権者	0 円	300 円
第2段階 市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金額の合計が年 80 万円以下の方	430 円	390 円
第3段階① 市町村民税非課税世帯で、本人の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 80 万円超 120 万円以下の方	430 円	650 円
第3段階② 市町村民税非課税世帯で、本人の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 120 万円超の方	430 円	1,360 円
第4段階 課税世帯	915 円	1,445 円

☆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、ご契約者の負担額を変更します。

☆ご契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（契約書第18条、21条参照）

1. サービス利用料金	2,460 円
2. うち、介護保険から給付される金額	2,214 円
3. 自己負担額（1－2）	246 円

（2）介護保険の対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の金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）室料 日額

入院中や外泊についても室料は頂きます。ただし、6日間は負担限度額認定証に記載されている金額で請求させていただきます。6日以降は、利用負担限度額に記載された第4段階の費用と同じ室料を負担頂きます。入・退所された月の室料については日割りで請求します。

2）特別な食事

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供いたします。

利用料金：要した費用の実費

3）理容・美容

「理髪・美容サービス」

理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：一回あたり 1,500 円～3,500 円

4）健康管理費（インフルエンザ予防接種の費用）

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。

利用料金：特別なものに対しては実費をいただきます。

i) 主なレクリエーション行事予定

年間行事計画

月	行 事 内 容	月	行 事 内 容
4	お花見	10	秋祭り
5	運動会	11	収穫祭
6		12	忘年会・餅つき
7	夏祭り	1	とんど祭り
8		2	節分豆まき
9	敬老会	3	ひな祭り

ii) クラブ活動（月 1 回）

クラブ名：カラオケ・習字・園芸 等

（特別な材料代については実費をいただきます）

6) 複写物の交付

ご契約者は、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 10 円

7) 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、個別の希望によるものは実費を負担していただきます。

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。

（例）特殊な車椅子、個人所有物の修繕費等

8) 契約書第 19 条に定める所定の料金

単位：円／1 日

ご契約者の 要介護度料金	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
	6,000	6,710	7,450	8,170	8,870
居室料金	915				

(3) 利用料金のお支払い方法

前期（1）、（2）の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求します。（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）お支払いは、引き落とし日にご指定の預金口座より引き落としさせていただきます。

ただし、口座振替申し込みが期日に間に合わない場合は窓口でのお支払い、又は振り込みにてお支払い頂くこともあります。

(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、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。

1) 協力医療機関

協力機関の名称	美作市立大原病院
所在地	岡山県美作市古町 1771-9 TEL0868-78-3121
診療科目	内科・外科・整形外科・リハビリテーション科・眼科・小児科 放射線科

2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	八尾歯科
所在地	岡山県美作市古町 1354-1 TEL 0868-78-3050

7. 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、仮にこのような事由に該当するにいたった場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただく事になります。（契約書 13 条参照）

- 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 1・2 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ください）
- 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ください）

(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 14 条、第 15 条参照）

契約の有効期限であっても、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 7 日前までに解約届をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解除・解約し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象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おそ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）（契約第16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場合があります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及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
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失によって下記のいずれかの行為を行うことによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ・事業者、サービス従事者又は他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つける行為
 - ・サービス従事者又は他の利用者等に対して、暴言を吐いたり大声で怒鳴る等のハラスメント行為を行うこと
 - ・その他著しい不信行為を行うこと
- ④ ご契約者が、連続して3ヶ月をこえて病院また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

*** 契約者が病院等に入院された場合の対応について(契約書第18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。

1) 検査入院等、6日以内の短期入院の場合

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。

2) 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には退院後再び施設に入所することができます。但し、病状に応じて御相談させていただきます。

3) 3ヶ月以内の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、当施設の短期入所を御利用していただきながら再び優先的に入所することができます。

4) 3ヶ月以上入院された場合

3ヶ月以上入院された場合は、契約が解除となります。この場合、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(契約第 17 条参照)

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険施設等の紹介 |
| ○居宅介護支援事業者の紹介 |
| ○その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |

8. 残置物引取人 (契約書第 20 条参照)

入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用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」に連絡の上、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。

9. 苦情の受付について (契約書第 22 条参照)

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	責任者	吉井 秀男	【職名】	施設長
	担当者	結城 博美	【職名】	生活相談員
受 付 時 間	毎週月曜日～日曜日	8 : 45～17 : 45		

苦情処理を行うための体制、手順

- ・相談・苦情の申し出があった場合、サービス向上委員会（苦情処理）を開催します。
- ・問題の詳細を把握するために関係職員、利用者などから必要に応じて状況の聴取を実施し事実関係を確認します。
- ・把握した状況に基づき、関係者への連絡調整、注意指導を行うとともに、苦情申出人には必ず対処方法を含めた結果報告を行います。

その他苦情受付機関

美作市役所 高齢者福祉課	所在地：岡山県美作市北山 390-2 電話番号：0868-75-3913 FAX0868-72-7702 受付時間：8 : 30～17 : 15
国民健康保険団体連合会	所在地：岡山市北区桑田町 17 番 5 号 電話番号：086-223-8811 FAX : 086-223-9109 受付時間：9 : 00～17 : 00

10. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご契約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 ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえご契約者から聴取、確認します。
- ③ ご契約者が受けている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。
- ④ ご契約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、ご契約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。
- ⑤ ご契約者に対する身体的拘束、その他行動を制限する行動を行いません。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為に緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得た、ご契約者又はご家族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。

11. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に記入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ください。

（1）持込の制限

入所にあたり、危険物は持ち込むことができません。また現金や貴重品は居室で管理して頂くことはできません。

（2）面会

面会時間 8：00～20：00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

（3）外出・外泊（契約書第22条参照）

外出、外泊については、適時支援します。所定の外出・外泊届けを提出下さい。

（4）食 事

食事が不要な場合は前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書5(1)に定める〔食事にかかる自己負担額〕は減免されます。但し、単位は1食ではなく1日とさせていただきます。

（5）施設・設備の使用上の注意

- ・ 居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って利用してください。
- ・ 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、ご契約者の自己負担により現状に修復していただくか、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

施設内での喫煙はできません。

1 2. 損害賠償について (契約書第 10 条、第 11 条)

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 3. 事故発生時の対応について

①サービス提供により事故が発生した場合、職員は速やかに対処します。

職員は、施設長に報告し、指示を受けて対処します。

②ご契約者のご家族に連絡をし、事故状況報告をします。

③保険者および所轄庁に連絡をし、事故報告を提出します。

美作特別養護老人ホームやすらぎ荘の指定介護福祉施設サービスの提供に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 美作特別養護老人ホームやすらぎ荘

職名 生活相談員 氏名 結城 博美 印

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を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

契 約 者 住 所

氏 名 印

契約者は、署名ができない為、契約者本人の意思を確認のうえ、私が契約者に代わって
その署名を代行致します。

身元引受人 住 所

氏 名

(契約者との関係：)

電話番号

署名代行者（身元引受人と同一の場合は同上と掲載のこと）

住 所

氏 名 印

(契約者との関係：)

電話番号

連帯保証人 住 所

氏 名 印

※ 身元引受人の住所、電話番号、または引受人に変更が生じる場合には、必ずご
連絡ください