令和６年８月１日

『特別養護老人ホーム第二南風（ユニット型指定介護老人福祉施設）』

重要事項説明書

社会福祉法人ほなみ会

当施設は介護保険の指定を受けています。
（浜松市指定　第 2277200586 号）

当施設はご契約者に対してユニット型指定介護老人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。

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護度３以上」の認定を受けた方が対象となります。
※要介護度１と要介護度２の方は、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある場合は、特例的に入所が認められます。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人 …… 2
2. ご利用施設 …… 2
3. 居室の概要 …… 3
4. 職員の配置状況 …… 4
5. 当施設が提供するサービスと利用料金 …… 5
6. 施設を退所していただく場合(契約の終了について) …… 10
7. 保証人等 …… 12
8. 苦情の受付について …… 13
9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について …… 13
10. 個人情報使用同意 …… 14
11. 日用品施設提供同意 …… 15
12. おやつ施設提供同意 …… 15
13. レンタル病衣施設提供同意 …… 16

重要事項説明書付属文書 …… 17

1. 施設経営法人

⑴ **法人名**　　　　社会福祉法人ほなみ会

⑵ **法人所在地**　　静岡県浜松市中央区倉松町593番地

⑶ **電話番号**　　　053-449-8101

⑷ **代表者氏名**　　理事長　 鈴木　一夫

⑸ **設立年月**　　　平成14年8月1日

2. ご利用施設

⑴ **施設の種類**　　　ユニット型指定介護老人福祉施設
平成28年7月1日　浜松市指定　第2277200586号

⑵ **施設の目的**

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が継続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことが出来るように支援します。

⑶ **施設の名称**　　　特別養護老人ホーム第二南風

⑷ **施設の所在地**　　静岡県浜松市中央区倉松町598番地

⑸ **電話番号**　　　　053-449-8170

災害時用電話番号　090-3387-3259、090-3387-6489（上記電話番号が使用できない場合に限ります。）

⑹ **施設長（管理者）氏名**　　松田　和久

⑺ **当施設の理念**

- 地域社会を協同体と捉え、互いに必要とし必要とされる信頼関係を築きます。
- 主体者である入居者(ご契約者)の意思決定を尊重し、個々の生活リズムを重視した援助を提供します。
- 介護で苦労されてきた家族の負担を軽減し、家族関係の再構築を援助します。

⑻ **開設年月**　　　平成28年7月1日

⑼ **入所定員**　　　60人

3. 居室の概要

⑴　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、個室60室です。居室の選択は、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況を勘案し、原則施設で行います。

居室・設備の種類	室数(ﾍﾞｯﾄﾞ数)	備考
個室（1人部屋）	60室(60床)	2階3ユニット30室（30床） 3階3ユニット30室（30床）
共同生活室	6箇所	
浴室	4室	特殊浴槽2台，中間（リフト）浴槽2台
医務室	1室	2階

※　上記は、厚生労働省が定める基準により、ユニット型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。

☆　居室等に関する特記事項：居室内には、トイレ、洗面台、電動ベッドが用意されています。

⑵　利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居室に係る経費があります。

※　上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対してユニット型指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、指定基準を遵守し以下の職種の職員を配置しています。

当該施設嘱託医

医師	田中　隆光
医療機関の名称	たなか内科クリニック
所在地	浜松市中央区神田町 360-27

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤　務　体　制
1.　施設長（管理者）	日勤　8:30 ～ 17:30　1 名
2.　介護職員	18 名以上 早番　7:00 ～ 16:00　6 名 （日勤　8:30 ～ 17:30　1 名以上） 遅番　12:00 ～ 21:00　2 名 13:00 ～ 22:00　4 名 夜勤　21:45 ～ 7:15　3 名
3.　生活相談員	日勤　8:30 ～ 17:30　1 名
4.　看護職員	日勤　8:30 ～ 17:30　2 名以上
5.　機能訓練指導員	日勤　8:30 ～ 17:30　1 名
6.　介護支援専門員	日勤　8:30 ～ 17:30　1 名以上
7.　管理栄養士	日勤　8:30 ～ 17:30　1 名
8.　医師	回診　毎週火曜日　12:30　～　14:30　1 名

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、

⑴ 利用料金が介護保険から給付される場合
⑵ 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

⑴ 当施設が提供する介護保険の基準介護サービス（契約書第３条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除いた利用料金の大部分（介護保険負担割合証に記載された割合の額）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① **居室の提供**

② **食事**　当施設では、管理栄養士が栄養管理を行い、ご契約者の身体状況を配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： 7時30分 から　昼食：12時00分から　夕食： 18時00分から

※ 調理終了後から2時間以内であれば、時間を選択できます。

③ **入浴の介助**　入浴又は清拭を週2回以上行います。また、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。

④ **排泄の介助**　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。

⑤ **口腔ケア**　口腔ケアの自立を促す援助と、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の指導により口腔内トラブルを予防します。

⑥ **機能訓練**　機能訓練指導員(看護師（看護職員）又は柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師等)、介護職員等により、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。

⑦ **健康管理**　医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑧ **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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第5条参照）

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（サービス費）から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）、居室と食事に係る自己負担額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は，ご契約者の要介護度と負担割合に応じて異なります。)

① 負担割合1割のご契約者の1ヶ月あたり（30日計算）の目安

要介護度	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
1. 利用料金 (加算含む) (サービス費)	256,471円	280,452円	306,136円	330,452円	354,088円
2. うち、保険給付金額	230,823円	252,406円	275,522円	297,406円	318,679円
3. 自己負担額(1 - 2)	25,648円	28,046円	30,614円	33,046円	35,409円
4. 居室に係る自己負担額	61,980円（2,066円×30日）				
5. 食事に係る自己負担額	51,000円（1,700円×30日）				
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	138,628円	141,026円	143,594円	146,026円	148,389円

② 負担割合2割のご契約者の1ヶ月あたり（30日計算）の目安

要介護度	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
1. 利用料金 (加算含む) (サービス費)	256,471円	280,452円	306,136円	330,452円	354,088円
2. うち、保険給付金額	205,176円	224,361円	244,908円	264,361円	283,270円
3. 自己負担額(1 - 2)	51,295円	56,091円	61,228円	66,091円	70,818円
4. 居室に係る自己負担額	61,980円（2,066円×30日）				
5. 食事に係る自己負担額	51,000円（1,700円×30日）				
6. 自己負担額合計 (3+4+5)	164,275円	169,071円	174,208円	179,071円	183,798円

③負担割合３割のご契約者の１日あたりの目安

要介護度	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
1. 利用料金 (加算含む) (サービス費)	256,471 円	280,452 円	306,136 円	330,452 円	354,088 円
2. うち、保険給付金額	179,529 円	196,316 円	214,295 円	231,316 円	247,861 円
3. 自己負担額(1 - 2)	76,942 円	84,136 円	91,841 円	99,136 円	106,227 円
4. 居室に係る自己負担額	61,980 円（2,066 円×30 日）				
5. 食事に係る自己負担額	51,000 円（1,700 円×30 日）				
6. 自己負担額合計 （3＋4＋5)	189,922 円	197,116 円	204,821 円	212,116 円	219,207 円

☆ １か月単位で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で差異が生じる場合があります。

☆ 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。

☆ 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、認定証に記載されている負担限度額とします。

☆ 浜松市から高額介護サービス費の受領委任払いの承認を得ている方は、介護サービス費は高額介護サービスの負担上限額となります。

☆ ご契約者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく１日あたりの利用料金は、下記の通りです。（契約書第 18 条、第 20 条参照）

サービス利用料金	2,494 円
負担割合１割の場合	250 円
負担割合２割の場合	499 円
負担割合３割の場合	749 円

※ 入院又は外泊の初日及び最終日は含めず、１か月に６日以内が対象になります。

⑵　⑴以外のサービス（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　**特別な食事代（酒を含みます。）**　ご契約者の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　**理髪・顔剃りサービス**　理容師の出張による理髪サービスを下記の料金でご利用いただけます。

理　髪：１回当たり　　1,400 円
顔剃り：１回当たり　　900 円
髪染め：１回あたり　　1,700 円　（染料込）

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：材料代等の実費をいただきます。

i) 主なレクリエーション行事予定

浜松まつり、町内の催し、法人秋祭り等、施設全体で参加するレクリエーション行事とともに、四季に応じたレクリエーション行事をユニット単位で企画、実施します。

ii)クラブ活動

歌、クラフト活動（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

⑤　**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かかる費用を負担いただきます。

＊　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。

⑥　**契約書第 19 条に定める所定の料金**　ご契約者が、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係る 1 日あたりの料金をお支払い下さい。

※ 加算分を除く介護サービス費、居室に係わる自己負担額。

ご契約者の要介護	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
料　金	8,859 円	9,569 円	10,330 円	11,050 円	11,749 円

※　ご契約者が要介護認定で自立又は要支援と判定された場合は要介護度 1 と同様として取り扱います。

☆　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 か月前までにご説明します。

⑶　利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記⑴⑵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(事務室)での現金支払
ｲ. 下記指定口座への振り込み
　　浜松磐田信用金庫　本店　普通預金　0812526
　　社会福祉法人　ほなみ会　　理事長　鈴木　一夫
ｳ. 金融機関口座からの自動振替
　　ご利用できる金融機関：　【地方銀行】静岡銀行，清水銀行，他
　　【信用金庫】浜松磐田信用金庫，遠州信用金庫，他　【労働金庫】静岡県労金，
　　【郵便局】,【農協】静岡県信連，とぴあ浜松，他
※ 振込み・振替手数料はご契約者負担とさせていただきます。

⑷　入居中の医療の提供について

当該施設嘱託医（前記「4.　職員の配置状況」に掲載）が健康管理及び療養上の指導を行います。また、入院治療を必要とする場合は、下記のとおり協力医療機関を定め、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。）

①　協力医療機関

医療機関の名称	ＪＡ静岡厚生連　遠州病院
所在地	浜松市中央区中央一丁目 1 番 1 号

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	鳥居歯科医院
所在地	湖西市新居町新居 1215

６．施設を退居していただく場合（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、ご契約者に退居していただくことになります。（契約書第 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と判定された場合
② 要介護度 1 又は要介護度 2 の認定を受け、居宅において日常生活を営むことができる場合
③ 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当施設を閉鎖した場合
④ 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
⑤ 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
⑥ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑦ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

⑴ ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 14 条、第 15 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居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、施設を退居することができます。

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ユニット型指定介護老人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若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

⑵　事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退居していただくことがあります。

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 ご契約者が、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
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 ご契約者が他の介護保険施設に入所・入院をした場合。

＊　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、以下のとおりです。

① 検査入院等、短期入院の場合

1 か月につき 6 日以内（複数の月にまたがる場合は 12 泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金と居室に係る自己負担額（1 日あたり 2,066 円、負担限度額対象者は負担限度額になります。）をご負担いただきます。

② 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3 か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。なお，入院期間中は居室に係る自己負担額（1 日あたり 2,066 円、負担限度額対象者も左記の金額になります。）をご負担いただきます。

③ ３か月以内の退院が見込まれない場合

３か月以内の退院が見込まれない場合には、３か月以内において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居することはできません。

⑶　円滑な退居のための援助（契約書第 17 条参照）

ご契約者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居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保険施設等の紹介 ○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

※　ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

７．保証人等（契約書第 21 条、第 22 条、第 23 条参照）

契約締結にあたり、保証人等を立てることをお願いします。

保証人等を立てることが困難な場合、後見人制度等の公的制度を用いて保証人等の代理を立てることをお願いします。(※やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。)

保証人等は、ご契約者の事業者に対する経済的債務 ご契約者の入院に関する手続・費用負担、契約終了後のご契約者の受入れ先の確保、ご契約者が死亡した場合のご遺体及び残置物の引取り及びそれらかかる費用 、施設サービス計画書（ケアプラン）の説明面談への参加、その他ご契約者に関して必要と思われる事項についての責任を負います。

８．苦情の受付について（契約書第 24 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）

［職名：施設長］　　松田　和久

○ 受付時間　　毎週月曜日 ～ 金曜日

8 時 30 分　～　17 時 30 分

また，苦情受付ボックスを玄関ホールに設置しています。

（2）第三者委員

下位　哲男　　　電話番号　　080-8265-5692

前田　知恵美　　電話番号　　080-1585-3522

（3）行政機関その他苦情受付機関

浜松市役所 介護保険課	所在地　浜松市中央区元城町 103-2 電話番号　053-457-2875 受付時間　8:30 ～ 17:15
浜松市南行政センター	所在地　浜松市中央区江之島町 600-1 電話番号　053-425-1572 受付時間　8:30 ～ 17:15
静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地　静岡市葵区春日二丁目 4-34 電話番号　054-253-5590　　fax　054-205-3315 受付時間　9:00 ～ 17:00
静岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地　静岡市葵区駿府町 1-70 電話番号　054-653-0840　　fax　054-653-0840 受付時間　8:30 ～ 17:00

・９.提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	未受審
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

10. 個人情報使用同意

ご契約者及びその家族等の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で取得・使用する事に同意します。

記

１．取得・使用する目的及び場合

（ア）ご契約者への介護サービスの資質向上のために取得・使用します。

（イ）ご契約者に医療上緊急の必要性がある場合は、医療機関等に契約者に関する心身等に関する情報及びその家族等に関する情報を提供します。

（ウ）入所契約が終了し、契約者が退所する場合、円滑な援助を行うために、関係機関に契約者及びその家族等に関する情報を提供します。

（エ）当施設において行われる学生等の実習協力のために取得・使用します。

（オ）当施設において行われる事例研究等のために取得・使用します。

２．取得・使用にあたっての留意点

個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

３．個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、介護サービスを行うために必要な、契約者やその家族等に関する情報とします。

４．使用の中止

入所契約が解消された後は、ご契約者及びその家族に関する個人情報の使用はしません。

５．写真掲載の確認

社会福祉法人ほなみ会のホームページ及び広報誌・掲示物・報道機関の取材等において、ご契約者及びその家族等の写真の使用について。

≪　許可する　・　許可しない　≫

上記内容を理解し、必要最小限の範囲で個人情報を使用することについて。

≪　同意する　・　同意しない　≫

11. 日用品施設提供同意

施設を利用するにあたり、施設が提供する日用品(バスタオル・フェイスタオル・オシボリタオル・リンスインシャンプー・ボディーシャンプー、居室で使用するペーパータオル、居室で使用するBOXティッシュ）の費用(1日あたり100円)を負担することについて同意します。

※上記の料金については、物価の変動等で変更することがあります。

※同意を変更する場合は、意思表示があった日の翌月1日からの反映となります。

≪　同意する　・　同意しない　≫

12. おやつ施設提供同意

施設からおやつの提供の費用（1日あたり55円）を負担することについて同意します。

※上記の料金については、物価の変動等で変更することがあります。

※同意を変更する場合は、意思表示があった日の翌月1日からの適用となります。

≪　同意する　・　同意しない　≫

13. レンタル病衣施設提供同意

感染症に罹患した場合に、早期治癒・感染拡大防止の施設から、レンタル病衣の費用（甚平タイプ上下1セットあたり 236 円、ガウンタイプ1着あたり 176 円）を負担することについて同意します。

※上記の料金については、物価の変動等で変更することがあります。

※同意を変更する場合は、意思表示があった日の翌月 1 日からの適用となります。

≪　同意する　・　同意しない　≫

令和　年　月　日

ユニット型指定介護老人福祉施設入サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ユニット型指定介護老人福祉施設　特別養護老人ホーム第二南風

説明者職名　生活相談員　氏名　兵頭　千華　㊞

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、ユニット型指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

保証人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄　　　）

家族住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄　　　）

※この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

＜重要事項説明書付属文書＞

１．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（ケアプラン)」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。(契約書第2条参照)

① 施設の介護支援専門員に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

↓

②その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

↓

③施設サービス計画は、概ね1年に1回、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、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には、ご契約者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。

２．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ご契約者の症状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、医師との連携方法その他緊急時等における対応方法を定めます。また、医師又は看護職員と連携し、契約者からの聴取・確認の上でサービスを実施します。
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、2年間保管するとともに、ご契約者又は保証人等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為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、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身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3か月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
⑦ 身体拘束等の適正化のための指針を整備し､職員に対し身体的拘束等の適正化のための研修を実施します。

⑧　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その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。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

３．施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居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）持ち込みの制限＊

入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

・危険物（刃物，火気）　・動物（犬・猫等）

（２）面会

面会時間　8時30分～20時00 分　※来訪者は、必ずその都度申し出てください。

（３）外出・外泊（契約書第 20 条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。外泊については、1ヵ月につき連続して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。なお、外泊期間中、介護保険から給付される費用の一部と居室に係る自己負担額をご負担いただきます。

（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で、朝・昼・夕と食事が不要な場合は、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（契約書第９条参照）

○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

・全館禁煙のため、喫煙はできません。

４．損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 条参照）

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

ただし、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時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

５.介護老人福祉施設サービス費

◎介護老人福祉施設の基本料金

	要介護度	基本単位数 介護老人福祉施設サービス費Ⅰ
	要介護 1	670 単位/日
	要介護 2	740 単位/日
	要介護 3	815 単位/日
	要介護 4	886 単位/日
	要介護 5	955 単位/日

1 単位：10.14 円
浜松市の介護老人福祉施設に関しては、1 単位が 10.14 円と設定されています。

◎　1 日に加算される単位数及びその内容

	加算項目	単位数	内容
	サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	介護職員の総数に占める介護福祉士の割合が 60％以上配置されていること。
	夜勤職員配置加算Ⅳロ	21	職員の配置基準を 1 人以上上回っていること。
	看護体制加算Ⅰ	4	常勤看護師 1 人以上配置していること。
	看護体制加算Ⅱ	8	①　常勤看護師が 3 名以上配置していること。 ②　24 時間連絡体制が確保されていること。
	個別機能訓練加算Ⅰ	12	常勤専従の機能訓練指導員が配置されていること。

◎　1 か月につき加算される単位数及びその内容

	加算項目	単位数	内　　容
	個別機能訓練加算Ⅱ	20	個別機能訓練計画の内容を厚生労働省し、当該情報を適切かつ有効に実施をすること。
	口腔衛生管理加算Ⅰ	90	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを行った場合に算定。
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110	口腔衛生管理加算Ⅰに加え、必要な情報を厚生労働省に提出し、当該情報を適切かつ有効に実施をすること。
	自立支援促進加算	280	自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施するなど、個別で自立支援を行うこと。
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	①　褥瘡ケア計画を作成し、そのリスクを 3 カ月に 1 回評価すること。 ②　必要な情報を厚生労働省に提出し、当該情報を適切かつ有効に実施をすること。

	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	上記加算評価時に、リスクの高い入所者の褥瘡発生が無い場合。(3 カ月に 1 回)
	排泄支援加算Ⅰ	10	① 多職種共同で排泄に関する計画を評価、記録し定期的に見直しを実施すること。 ② 必要な情報を厚生労働省に提出し、当該情報を適切かつ有効に実施をすること。
	科学的介護促進体制加算Ⅱ	50	入所者に係るデーターを LIFE に提出し、事業所の特性に合わせ、ケアプラン等に反映すること。
	介護職員処遇改善加算Ⅰ	×8.3%	基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施していること。
	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	×2.7%	
	介護職員等ベースアップ等加算	×1.6	

◎ その他の個別の状況に応じて加算される単位と内容（1 日あたり）

	加算項目	単位数	内　　容
	初期加算	30	①入所した日から 30 日以内の期間で算定。 ②1 か月以上入院をし、再び施設で生活をした場合 30 日以内の期間で算定。
	安全対策体制加算	20	厚生労働省が定める基準に適合していることで、入所初日のみ加算。
	外泊（入院）時加算	246	1 か月に 6 日を限度として算定。複数の月にまたがる場合は 12 日を限度として算定。
	療養食加算	18	1 日 3 食を限度とし、1 食を 1 回（6 単位）として算定。
	看取介護加算Ⅰ	72	死亡日以前 30 日以上 45 日以内。
		144	死亡日以前 4 日以上 30 日以内。
		680	死亡日以前 2 日及び 3 日。
		1280	死亡日
		注意事項	看取介護加算は、当該入居者の死亡月にまとめて算定。

◎ その他の個別の状況に応じて加算される単位と内容（1 か月あたり）

	加算項目	単位数	内　　容
	口腔衛生管理加算Ⅰ	90	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを行った場合に算定。
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110	口腔衛生管理加算Ⅰに加え、必要な情報を厚生労働省に提出し、当該情報を適切かつ有効に実施をすること。

	経口維持加算Ⅰ	400	①栄養ケアマネジメントを算定していること。 ②摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、経口維持計画を作成し、医師又は歯科医師の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行っていること。
	経口維持加算Ⅱ	100	①協力歯科医療機関を定めていること。 ②歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が食事の観察及び会議に加わること。
	再入所時栄養連携加算	400	①医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合。 ②施設の管理栄養士、医療機関と連携・相談して栄養ケア計画を作成した場合。 ③栄養マネジメント加算を算定していること。 ※1 回に限り算定。

◎　ご契約者が退所後、在宅に戻られた場合。（1 回あたり）

	加算項目	単位数	内　　容
	退所前訪問相談援助加算・退所後訪問相談援助加算	460	在宅復帰に向けた、各種相談援助を行った場合。援助内容に応じて算定。
	退所時相談援助加算	400	
	退所前連携加算	500	