

地域密着型特別養護老人ホーム萌寿園
重要事項説明書

社会福祉法人 萌寿会

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 萌寿会
- (2) 法人所在地 北海道留萌市沖見町6丁目18番地6
- (3) 電話番号 0164-43-2727 (代表)
- (4) 代表者氏名 理事長 原 田 欣 典
- (5) 設立年月 昭和56年10月26日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設
(平成26年4月1日指定 北海道 0196400113 号)
- (2) 施設の目的 要介護認定者に対する施設介護サービスの提供
- (3) 施設の名称 地域密着型 特別養護老人ホーム萌寿園
- (4) 施設の所在地 北海道留萌市沖見町6丁目18番地6
- (5) 電話番号 0164-56-4005 (直通)
- (6) 施設長 鹿 内 直 美
- (7) 当施設の運営方針 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ってその方の有する能力を引き出し、可能な限り自律した日常生活を営むことができるように支え、必要なサービスの提供を行う。
- (8) 開設年月 平成26年4月1日
- (9) 入居定員 20人

3. 施設の概要

- (1) 建物の構造及び延べ床面積 木造平屋造 829.48㎡
- (2) 同一敷地内事業所

当施設では、次の事業を同一敷地内で運営しています。

- 【特別養護老人ホーム】 平成12年4月1日指定
- 【短期入所生活介護】 平成12年4月1日指定
- 【通所介護】 平成12年4月1日指定
- 【居宅介護支援事業】 平成12年4月1日指定
- 【認知症対応型共同生活介護】 平成15年12月24日指定

- (3) 施設の周辺環境

日当りは良好で騒音も無く、静かな環境にあります。

4. 居室の概要

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、全室1人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
居室	20室	個室（1人部屋）
共同生活室	2室	リビング・ダイニング
談話室	2室	
浴室	1室	一般浴・機械浴

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着型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。

※居室の決定及び変更

ご利用者の要望や身体状況、空き居室の状況等を踏まえ、居室を決定します。

また、ご利用者から居室の変更の申し出があった場合及び施設運営において、ご利用者の心身の状況等により居室を変更する場合は、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご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	配置人数	指定基準
1. 施設長(管理者)	1名（常勤・兼務）	1名
2. 介護職員	10名以上（常勤）	8名
3. 看護職員	1名（常勤・兼務）	1名
4. 生活相談員	1名（常勤・兼務）	1名
5. 機能訓練指導員	1名（常勤・兼務）	1名
6. 介護支援専門員	1名（常勤・兼務）	1名
7. 医師	嘱託医 1名（非常勤）	1名
8. 栄養士	1名（常勤・兼務）	1名

※1 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※2 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総額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。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、

1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務基本体制〉

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	月 1 回（隔週） 15：00 ～ 17：00
2. 介護職員	各時間帯における平均配置人員 早番 6：30 ～ 15：20 2名 中番 8：50 ～ 17：40 2名 遅番 13：10 ～ 22：00 2名 夜勤 21：50 ～ 7：20 1名
3. 看護職員	各時間帯における平均配置人員 中番 8：50 ～ 17：40 1名

※上記人数と異なる時間帯もあります。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用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は、「(1) 利用料金が介護保険から給付される場合」と「(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) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスには、居住費、食費を除き通常9割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

- ・全室個室となっており、プライベートに配慮されています。

②食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自律支援のため離床して共同生活室にて食事をとっていただくことを原則といたしております。

（食事時間） 朝食8：00～ 昼食12：00～ 夕食17：00～

（入居者の生活リズムに沿った時間でお召し上がりいただけます。）

③入浴

- ・入浴を週2回行います。（入浴できない場合は、清拭を行います。）
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

- ・排泄の自律を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご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。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自律への支援

- ・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。

〈1日あたりのサービス利用料金〉(契約書第6条、第7条参照)

[別表1]の料金表によって、ご利用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費額を除いた金額(自己負担額)と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

(2) (1) 以外のサービス(介護保険の給付対象とならないサービス)(契約書第4条参照)

以下のサービスは、[別表2]により利用料金の全額がご利用者の負担となります。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第6条参照)

前記(1)及び(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、請求書の送達された月の末日又は指定日までに以下のいずれかの方法でお支払い頂きます。(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。)

ア. 下記指定口座への振り込み

留萌信用金庫 本店 普通預金 35225 (振込料がかかります)

イ. ご利用者様指定口座からの口座振替

毎月20日に振替となります。

(4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。

(ただし、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。)

【協力医療機関】

医療機関の名称	留萌市立病院
所在地	留萌市東雲町2丁目16番地1

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、以下の事がない限り、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、ご利用者に退居していただくことになります。

(契約書第 17 条参照)

- ① 要介護認定によりご利用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

(1) 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 15 条、第 16 条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から退居を申し出ることができます。

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 ご利用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利用者の身体・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 他の利用者がご利用者の身体・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

(2) 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 17 条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ① ご利用者が、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 ご利用者による、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・財産・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、もしくは入院した場合
- ⑤ ご利用者が介護老人保健施設に入居した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

※ご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 19 条参照)

当施設に入居中に、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。

①6 日内の短期入院等の場合

1 ヶ月につき 6 日以内（複数月にまたがる場合は最大 12 日間）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所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。（1 日あたり 246 円）

② 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、当施設に再び優先的に入居することはできません。

※入院後 3 ヶ月が近くなった時点で身元引受人へご連絡させていただきます

<入院期間中の利用料金>

上記、入院中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

(3) 円滑な退居のための援助（契約書第 18 条参照）

ご利用者が当施設を退居する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご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ご利用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健施設等の紹介
- ・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提供者の紹介

※ご利用者が退居後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助に係る費用として 400 円（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。

8. 残置物引取人（契約書第 21 条参照）

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。

ただし、入居契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めさせていただきます。

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、引き渡しに係る費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

9. 連帯保証人（契約書第 22 条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額 30 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

9. 苦情の受付について（契約書第 25 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。

- 苦情受付責任者 施設長（管理者） 鹿内直美
○苦情受付窓口（担当者） 管理者 鹿内直美
○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00
○電話番号 （代表）0164-43-2727
（直通）0164-56-4005

(2) 行政機関その他苦情受付機関

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 留萌市介護支援課 | 0 1 6 4－4 9－6 0 7 0 |
| 留萌市保健福祉苦情処理委員会 | 0 1 6 4－4 2－1 8 0 7 |
| 国民健康保険団体連合会 | 0 1 1－2 3 1－5 1 6 1 |
| 北海道福祉サービス運営適正化委員会
(福祉サービス苦情解決委員会) | 0 1 1－2 0 4－6 3 1 0 |

10. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用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、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

その作成及び変更は次の通り行います。(契約書第2条参照)

- ①当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）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そのサービス計画の原案について、ご利用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、６ヶ月に１回、もしくはご利用者の心身の状況の変化に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、ご利用者及びその家族等の同意を得たうえで決定します。



- ④施設サービス計画が変更された場合には、ご利用者及びご家族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。

11. サービス提供における事業者の義務（契約手第8条、第9条参照）

当施設は、ご利用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ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご利用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。
- ⑤ご利用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、ご利用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。
- ⑥ご利用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、ご利用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。
- ⑦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利用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。(守秘義務)
ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

12. 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) 面会

面会時間 9 : 3 0 ～ 1 1 : 3 0 ／ 1 4 : 0 0 ～ 1 6 : 0 0

※来訪者が食べ物を持参される場合には、玄関に備え付けの持参品届に記入の上、必ずその都度職員に届けてください。

※また、来訪者の危険物、餅類持ち込みはご遠慮ください。

(2) 外出・外泊（契約書第 23 条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

ただし、外泊については、最長で月に 6 日間とさせていただきます。

(3) 施設・設備の使用上の注意（契約書第 10 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、ご利用者に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。
- ・ご利用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、ご利用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。
ただし、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。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

また、火災予防のため、施設職員がタバコの管理をさせていただきます。

13. 事故発生時の対応について（契約書第 8 条参照）

当施設においてサービス提供により事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村関係医療機関等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14. 損害賠償について（契約書第 11 条、第 12 条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用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、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の賠償責任を減じる場合があります。

15. 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		

[別紙 1]

《ユニット型個室》

1. ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 6,820 円	要介護 2 7,530 円	要介護 3 8,280 円	要介護 4 9,010 円	要介護 5 9,710 円
2. うち、介護保険給付額	5,138 円	6,777 円	7,452 円	8,109 円	8,739 円
3. 自己負担額（1－2）	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円
4. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 円	18 円	18 円	18 円	18 円
5. 看護体制加算（Ⅱ）イ	23 円	23 円	23 円	23 円	23 円
6. 介護職員処遇改善加算Ⅲ	11.3%/月	11.3%/月	11.3%/月	11.3%/月	11.3%/月
8. 小計（3+4+5）×6	805 円	884 円	967 円	1,048 円	1,126 円
9. 居室に係る自己負担額	下記の利用者負担段階区分の該当する料金設定による。				
10. 食事に係る自己負担額					
自己負担額合計 （8+9+10）	上記 8 + 9 + 10 の総額を 1 日当たりの自己負担額とする。				

利用者負担段階	1 段階	2 段階	3 段階①	3 段階②	非該当
居住費（個室）	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
食 費	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,445 円

○上記に加わる料金（個々の状況により加算）

初期加算	入居後 30 日間のみ	30 円／日
療養食加算	医師の指示する療養食（糖尿食・腎臓病食・脂質異常症食）を提供した場合	6 円／食
入院外泊時費用加算	入院または外泊した翌日から 6 日間、入院または外泊で月をまたがる場合は最大 12 日間	246 円／日

※ご利用者が未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全額を一旦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。

※介護保険法等の改正に伴い、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、ご利用者の負担額を変更します。（その際は、文書にてお知らせします。）

※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。

[別表 2]

〈サービスの概要と利用料金〉

①貴重品の管理 （預り金管理費：1 ヶ月 11,000円）

身寄りのいない方等の貴重品管理にあたり、管理費用をご負担いただきます。

- ・管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- ・お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、その他貴金属等
- ・管理責任者：施設長（保管管理者は出入金の都度、預金通帳に記録し、四半期ごとにその写しをご契約者へ交付します。）

② 立替金の管理 （立替金管理費：1 ヶ月 3,000円）

ご利用者様へご請求までの期間、立替金で一時的に支払いを代行いたします。

- ・医療機関への診療費、薬局への薬代、理髪代、買い物費用等

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。

④理容サービス

2月に1回、理美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：1回 2,500円（顔そりなし）

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、ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を負担いただきます。

- ・電気料金：居宅に持ち込まれた電化製品1台につき 1日50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。

⑥複写物の交付

ご利用者は、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。

- ・利用料金：1枚につき 10円

⑦ 管外の通院に係る交通費：交通費の実費相当

⑧契約書第20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かかる料金は、退去日の1日当たり請求額と同額
となります。
- ・利用者が、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」で計算され
る額となります。

※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事があります。その場合変更の内容と変更する事由について事前にご説明します。

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域密着型 特別養護老人ホーム萌寿園

施 設 長（管理者） 鹿 内 直 美 印

管 理 者（説明者） 鹿 内 直 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、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名 印

契 約 者 住 所
(連帯保証人)

氏 名 印

(続 柄)