

「特別養護老人ホーム MAO」重要事項説明書

(令和6年8月1日改定)

当施設は介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定 第0870200540号)

当施設はご契約者に対して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」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	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	4
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	12
7. 残置物引取人	14
8. 苦情の受付について	14
9. 非常災害対策	14

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 春陽会 |
| (2) 法人所在地 | 茨城県日立市下土木内町545-1 |
| (3) 電話番号 | 0294-28-0555 |
| FAX | 0294-54-2631 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 岡田正樹 |
| (5) 設立年月 | 平成14年2月6日 |

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 介護老人福祉施設・平成15年5月1日指定
茨城県 0870200540号
- (2) 施設の目的 入所者が個人の尊厳を保持しつつ自立した生活を地域社会において営めるよう支援を行う。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム MAO
- (4) 施設の所在地 茨城県日立市下土木内町字荻町545-1
- (5) 電話番号 0294-28-0555
FAX 0294-54-2631
- (6) 施設長(管理者)氏名 中山 洋一
- (7) 当施設の運営方針 事業所は老人福祉法および関係法令に基づき、利用者の心身の状況に対応した適切な処遇と必要な訓練を行い、健康で明るく生きがいのある生活を営むことが出来るよう利用者の処遇に万全を期するものとする。(笑顔、親切、医療の充実をモットーとする。)
- (8) 開設年月 平成15年5月1日
- (9) 入所定員 50人

3. 居室の概要

(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ご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿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)	14室	従来型個室
4人部屋	9室	従来型多床室
合計	23室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 移動式平行棒、訓練用ブロック 等
浴室	1室	一般浴、座浴、臥床浴
医務室	1室	

※上記は、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。

☆居室に関する特記事項(※トイレの場所 居室内・外)

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して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	配置人数
1. 施設長	1名
2. 介護職員	18名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	2名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上
6. 介護支援専門員	1名以上
7. 医師	1名以上
8. 栄養士	1名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師	
2. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早番…6:00～16:00 4名 日中…8:30～19:30 1名 遅番…12:30～21:30 4名 夜間…21:30～6:30 2名
3. 看護職員	標準的な時間帯における配置人員 早番…7:00～16:00 1名 日中…8:30～17:30 1名 遅番…10:00～19:00 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、

- | |
|---|
| (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契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(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、食費を除き通常9割、8割又は7割が介護保険から給付されます。（介護保険負担割合証に記載の割合によります）

〈サービスの概要〉

①食事

- ・当施設では、栄養士（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態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下記の時間に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：7：30～8：00 昼食：12：00～12：30 夕食：18：00～18：30

- ・ご契約者又はその家族からの特別な希望、もしくはやむを得ない理由のある場合は、食事提供場所の変更、また調理から2時間の範囲でとり置きができますのでご相談ください。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。

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

- ・医師や看護師が、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から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と居住費と食事に係る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、ご契約者の要介護度、介護保険負担限度額認定に応じて異なります。）

なお、1単位の単価は10.45円となります。月の利用単位数合計に10.45を乗じた金額とその9割、8割又は7割（端数切捨て）との差が自己負担額となります（介護保険負担割合証による）※1※2。月単位の計算となることから、下記表の金額は目安となりますのでご注意ください。

※1 下記表は、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）「8.3%」、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）「2.3%」及び地域区分5級地単価「10.45円」を乗じて計算しています。

※2 下記表の下線が2割負担、二重下線が3割負担の金額となります。

I 従来型多床室

要介護度	①	②	③	④	⑤	⑥	⑨	⑩	⑪	⑫	ご利用料金 30日あたり (⑩⑪⑫計 ×30日)
	介護老人 福祉施設 費	サービス 提供体制 加算Ⅲ	夜勤職員 配置加算	看護体制 加算 (Ⅰ)	精神科 医師療養 指導加算	介護職員等 処遇改善 加算(Ⅱ)	報酬単価 地域区分 5級地	介護保険 自己負担 ①~⑧×⑨	居住費	食費	
	(単 位)							(円)			
負担限度額第1段階の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	0	300	31,366 円
要介護2	659							829			33,859 円
要介護3	732							916			36,459 円
要介護4	802							998			38,951 円
要介護5	871							1,081			41,409 円
負担限度額第2段階の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	430	390	46,966 円
要介護2	659							829			49,459 円
要介護3	732							916			52,059 円
要介護4	802							998			54,551 円
要介護5	871							1,081			57,009 円
負担限度額第3段階①の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	430	650	54,766 円
要介護2	659							829			57,259 円
要介護3	732							916			59,859 円
要介護4	802							998			62,351 円
要介護5	871							1,081			64,809 円
負担限度額第3段階②の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	430	1,360	76,066 円
要介護2	659							829			78,559 円
要介護3	732							916			81,159 円
要介護4	802							998			83,651 円
要介護5	871							1,081			86,109 円
負担限度額第4段階の方 ※中段下線は2割、下段二重下線は3割の介護保険負担割合の料金です											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	915	1,445	93,166 円
								<u>1,491</u>			<u>115,531 円</u>
<u>2,236</u>	<u>137,896 円</u>										
要介護2	659							829			95,659 円
								<u>1,658</u>			<u>120,517 円</u>
<u>2,487</u>	<u>145,376 円</u>										
要介護3	732							916			98,259 円
								<u>1,831</u>			<u>125,717 円</u>
<u>2,747</u>	<u>153,176 円</u>										
要介護4	802							998			100,751 円
		<u>1,996</u>	<u>130,702 円</u>								
<u>2,994</u>	<u>160,653 円</u>										
要介護5	871	1,081	103,209 円								
		<u>2,162</u>	<u>135,618 円</u>								
<u>3,242</u>	<u>168,026 円</u>										

Ⅱ 従来型個室

要介護度	①	②	③	④	⑤	⑥	⑨	⑩	⑪	⑫	ご利用料金 30日あたり (⑩⑪⑫計 ×30日)
	介護老人 福祉施設 費	サービス 提供体制 加算Ⅲ	夜勤職員 配置加算	看護体制 加算 (Ⅰ)	精神科 医師療養 指導加算	介護職員等 処遇改善 加算(Ⅱ)	報酬単価 地域区分 5級地	介護保険 自己負担 ①~⑧×⑨	居住費	食費	
(単 位)							(円)				
負担限度額第1段階の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	380	300	42,766 円
要介護2	659							829			45,259 円
要介護3	732							916			47,859 円
要介護4	802							998			50,351 円
要介護5	871							1,081			52,809 円
負担限度額第2段階の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	480	390	48,466 円
要介護2	659							829			50,959 円
要介護3	732							916			53,559 円
要介護4	802							998			56,051 円
要介護5	871							1,081			58,509 円
負担限度額第3段階①の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	880	650	68,266 円
要介護2	659							829			70,759 円
要介護3	732							916			73,359 円
要介護4	802							998			75,851 円
要介護5	871							1,081			78,309 円
負担限度額第3段階②の方											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	880	1,360	89,566 円
要介護2	659							829			92,059 円
要介護3	732							916			94,659 円
要介護4	802							998			97,151 円
要介護5	871							1,081			99,609 円
負担限度額第4段階の方 ※中段下線は2割、下段二重下線は3割の介護保険負担割合の料金です											
要介護1	589	6	22	6	5	算定 単位数 × 13.6%	算定 単位数 × 10.45円	746	1,231	1,445	102,646 円
								1,491			125,011 円
2,236	147,376 円										
要介護2	659							829			105,139 円
								1,658			129,997 円
2,487	154,856 円										
要介護3	732							916			107,739 円
								1,831			135,197 円
2,747	162,656 円										
要介護4	802							998			110,231 円
		1,996	140,182 円								
2,994	170,133 円										
要介護5	871	1,081	112,689 円								
		2,162	145,098 円								
3,242	177,506 円										

※食費の内訳 … 朝食 395 円／昼食 550 円／夕食 500 円

負担限度額減免のある方は、それぞれ記載された金額が上限となります。

☆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全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、下記の単位に地域区分による所定の単価を乗じた金額となります。（契約書第 18 条、第 21 条参照）

また、入院又は外泊をされた場合は、居住費（在所中にご負担いただいている金額）をご負担いただきます。

外泊時費用	246 単位／日	入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合、1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき 246 単位を算定する
-------	----------	---

☆加算

算定要件を満たす加算を算定いたします。

加算名	単位数
日常生活継続支援加算※4	36 単位／日
看護体制加算（Ⅰ）	6 単位／日
看護体制加算（Ⅱ）	13 単位／日
夜勤職員配置加算Ⅰ	22 単位／日
夜勤職員配置加算Ⅱ※4	28 単位／日
生活機能向上連携加算Ⅰ※4	100 単位／月
生活機能向上連携加算Ⅱ※4	200 単位／月
個別機能訓練加算Ⅰ※4	12 単位／日
個別機能訓練加算Ⅱ※4	20 単位／月
ADL 維持等加算Ⅰ※4	30 単位／月
ADL 維持等加算Ⅱ※4	60 単位／月
若年性認知症利用者受入加算※1	120 単位／日
精神科医師療養指導加算	5 単位／日
栄養マネジメント強化加算※4	11 単位／日
療養食加算※1	6 単位／回（1 日 3 回を限度とする）
初期加算※2	30 単位／日（入所日から起算して 30 日間）
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※4	22 単位／日

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）※4	18 単位/日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日
再入所時栄養連携加算※1	200 単位/回（1 回を限度とする）
退所前訪問相談援助加算※1	460 単位/回（入所中 1 回（又は 2 回）を限度）
退所後訪問相談援助加算※1	460 単位/回（退所後 1 回を限度）
退所時相談援助加算※1	400 単位/回
退所前連携加算※1	500 単位/回
低栄養リスク改善加算※1	300 単位/月
経口移行加算※1	28 単位/日
経口維持加算（Ⅰ）※1	400 単位/月
経口維持加算（Ⅱ）※1	100 単位/月
口腔衛生管理体制加算※1	30 単位/月
口腔衛生管理加算Ⅰ※4	90 単位/月
口腔衛生管理加算Ⅱ※4	110 単位/月
配置医師緊急時対応加算※1※4	650 単位/回（早朝・夜間の場合） 1300 単位/回（深夜の場合）
看取り介護加算（Ⅰ）※1※4	72 単位/日（死亡日以前 31 日以上 45 日以下） 144 単位/日（死亡日以前 4 日以上 30 日以下） 680 単位/日（死亡日以前 2 日又は 3 日） 1280 単位/日（死亡日）
看取り介護加算（Ⅱ）※1※4	72 単位/日（死亡日以前 31 日以上 45 日以下） 144 単位/日（死亡日以前 4 日以上 30 日以下） 780 単位/日（死亡日以前 2 日又は 3 日） 1580 単位/日（死亡日）
在宅復帰支援機能加算※1	10 単位/日
在宅・入所相互利用加算※1	40 単位/日
認知症専門ケア加算（Ⅰ）※1※4	3 単位/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）※1※4	4 単位/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算※1	200 単位/日（入所後 7 日限度）
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ※4	13 単位/月
排せつ支援加算Ⅰ	10 単位/月
排せつ支援加算Ⅱ※4	15 単位/月
排せつ支援加算Ⅲ※4	20 単位/月
自立支援促進加算※4	300 単位/月
科学的介護推進体制加算Ⅰ※4	40 単位/月
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/月
安全対策体制加算※4	20 単位（1 回限度）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）※2※3	介護報酬総単位数（基本サービス費+加算）×14.0%
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）※3	介護報酬総単位数（基本サービス費+加算）×13.6%

- ※1 対象者のみ算定します。
- ※2 入所日から起算して 30 日間算定します。
- ※3 端数は四捨五入とします。
- ※4 算定要件を満たした場合算定します。

(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 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（酒類を含む）

ご契約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理髪・美容

[理髪サービス]

ご希望の方は、月に 2 回、理・美容師の出張による理美容サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

理容サービス利用料金：調髪のみ 1,000 円 調髪・顔剃 1,500 円

美容サービス利用料金：別途料金表によります

③貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りとなります。

○管理する金銭の形態：近隣に本店・支店のある金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と届出印鑑、有価証券、年金証書、小口現金

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りとします。

・管理費用：1 ヶ月あたり 1,000 円

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

④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。

利用者の意向により計画し実施いたします。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

⑤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

⑥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。

⑦病院等の送迎

協力病院（日立梅ヶ丘病院、西野医院、嶋崎歯科クリニック）への受診のための送迎は、費用をご契約者に負担いただくことはありません。

但し、協力病院以外への受診のための送迎は送迎費をいただきます。

1回につき 半径 12km 以内 1000 円（片道 500 円）

半径 12km 以上は 1km ごとに 100 円が加算されます。

⑧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料金

ご契約者の 要介護度別 料金	個 室 多床室	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
		7,795 円	8,663 円	9,572 円	10,429 円	11,296 円

ご契約者が、自立又は要支援 1,2 と判定された場合 7,795 円

⑨口座振替手数料

ご契約者が、利用料金の支払い方法として口座振替を選択した場合に、その手数料をご負担いただきます。

毎月 70 円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、月末締めで 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。支払い方法は、口座振替とさせていただきます。ただし、やむを得ない事情によりそれが困難な場合に限り、以下の方法で翌月末日までにお支払いください。なお、口座振替の振替日は翌月末日となります。振替日が金融機関の休日にあたる時は、前営業日を振替日とします。（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。）

- ・ 口座振替 (I-NET)
- ・ 窓口での現金支払
- ・ 銀行振込

金融機関：水戸信用金庫 多賀支店

口座番号：普通口座 1011806

口座名義：社会福祉法人 春陽会

理事長 岡田 正樹

(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	医療法人 圭愛会 日立梅ヶ丘病院
所在地	日立市大久保町 2409-3
診療科	精神科 神経科 内科

医療機関の名称	西野医院
所在地	日立市留町 1166-1
診察科	

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	嶋崎歯科クリニック
所在地	日立市森山町 1-2-58

6. 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、ご契約者に退所していただくこととなります。（契約書第13条参照）

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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 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 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下さい。）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下さい。） |
|---|

(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）

契約の有効期間であっても、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、施設を退所することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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所していただく場合（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、当施設からの退所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 6 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 日間以内の短期入院の場合

6 日間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。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。

- 外泊時費用 246 円／単位
- 居住費 在所中にお支払いいただいている料金（減免適用あり）

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、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご使用いただく場合があります。なお、入院 7 日目以降も、所定の利用料金をご負担いただきます。

- 居住費 在所中にお支払いいただいている料金（減免適用あり）

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 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の提供者の紹介 |

7. 残置物引取人（契約書第 20 条参照）

退所後、当施設に残されたご契約者の所持品（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」を定めていただきます。（身元引受人で可）（契約書第 20 条参照）

当施設は、「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、ご契約者又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（または身元引受人）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. 苦情の受付について（契約書第 22 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] 介護支援専門員・相談員

○受付時間 毎週日曜日～土曜日

8：30～17：30

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）行政機関その他苦情受付機関

日立市 介護保険課	所在地 電話番号・FAX 受付時間	日立市助川町 1-1-1 (0294)22-3111 FAX 24-2281 8：30～17：15（月～金）
国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	水戸市笠原町 978-26 (029)301-1565 FAX 301-1579 9：00～17：00（月～金）
茨城県社会福祉協議会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	水戸市干波町 1918 (029)305-7193 FAX 305-7194 9：00～16：00（月～金）

9. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組			あり
茨城県福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

10. 非常災害対策

当施設は、消防法等の規定に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

11. 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、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。

12. 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続き

施設は、指定介護老人福祉施設のサービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動の制限を行いません。施設は、前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

- (1) 身体拘束廃止委員会を設置します。
- (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (3) 当該入所者又はご家族に説明しその他の方法がなかったか改善方法を検討します。

13. 虐待防止に関する事項について

施設は、入所者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- (2) 入所者及びその家族からの苦情対応体制の整備をします。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
 - ・虐待防止に関する責任者の選定及び措置を講じます。
 - ・必要性に応じて成年後見人制度の利用支援を行います。
 - ・介護相談員の受け入れを行います。
 - ・その他必要な措置を講じます。

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階

(2) 建物の延べ床面積 3,152.47 m² (従来型)
802.31 m² (地域密着型)

(3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[地域密着型介護老人福祉施設]

[短期入所生活介護]

[通所介護]

[居宅介護支援事業]

(4) 施設の周辺環境*

田園に囲まれ、日当たり良好で静かな環境

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員 …ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員 …ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

看護職員 …主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員 …ご契約者の機能訓練を担当します。

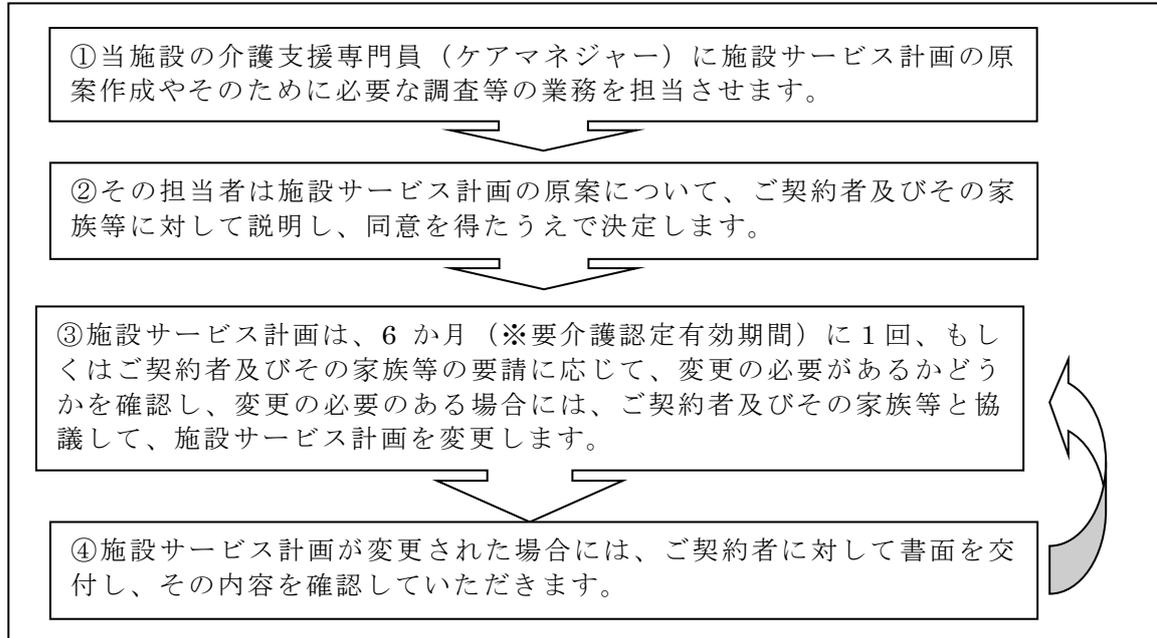
介護支援専門員 …ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

医師 …ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

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、入所後作成する「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）



4. 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、健康状態からみて必要な場合には、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。（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所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。

5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所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*

入所にあたり、危険物は原則として持ち込むことができません。

衣類、日用品、タンス、テーブル、イス、テレビ、ラジカセ、文具

(2) 面会

面会時間 9：00～19：00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合、薬品、危険物の持ち込みはご遠慮ください。

(3) 外出・外泊（契約書第21条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

(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には、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

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 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。また、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及び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、事業者の損害賠償責任を免じることができるものとします。

令和 年 月 日

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。

特別養護老人ホーム MAO

説明者職名 氏名 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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

代筆者
住所
氏名
(続柄) 印

※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。