

介護老人福祉施設 重要事項説明書

2024年6月1日 適用

当事業者が提供する指定介護福祉施設サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

| | |
|------------|------------------|
| 開設者の名称 | 社会福祉法人 駿河厚生会 |
| 主たる事務所の所在地 | 静岡県沼津市大岡3571番地の1 |
| 電話番号 | 055-926-8500 |
| 法人の種別及び名称 | 社会福祉法人 駿河厚生会 |
| 代表者職 | 理事長 |
| 代表者氏名 | 河野 義文 |

| | |
|-----------|--|
| 施設の名称 | 介護老人福祉施設 沼津フジビューホーム |
| 施設の所在地 | 静岡県沼津市大岡3571番地の1 |
| 介護保険事業所番号 | 2271100030 |
| 指定年月日 | 平成12年4月1日 |
| 施設長氏名 | 河野 義文 |
| 交通の便 | JR沼津駅からタクシーで20分 バス停北小林（下土狩駅行き）より徒歩20分 |

※ 当施設「沼津フジビューホーム」は、地域密着型介護老人福祉施設「柏葉尾苑」（沼津市大岡3947番地の1）をサテライト型居住施設とし、サテライト施設との密接な連携を確保しつつ、別の場所で運営される本体居住施設です。

2. 施設の職員の概要

| 職種 | 員数 | 勤務の体制 | | |
|---------|---|---------|-------|--|
| 管理者 | 1人 | 常勤 1人 | | <主な職種の従事時間> <u>生活相談員</u> 日勤：8:30～17:30 <u>看護職員</u> 日勤：8:30～17:30 <u>介護職員</u> 早番：7:30～16:30 日勤：8:30～17:30 遅番：9:30～18:30 夜勤：16:30～9:30 <u>機能訓練指導員</u> 日勤：8:30～17:30 |
| 医師 | 嘱託 1人 | 常勤 0人 | 非常勤1人 | |
| 生活相談員 | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤0人 | |
| 看護職員 | 3人以上 | 常勤換算 | | |
| 介護職員 | 24人以上 | 常勤換算 | | |
| 管理栄養士 | 2人 | 常勤 2人 | 非常勤0人 | |
| 機能訓練指導員 | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤0人 | |
| 介護支援専門員 | 1人 | 常勤 1人 | 非常勤0人 | |
| 事務職員 | 1人 | 常勤 1人以上 | 非常勤0人 | |
| 調理員 | (株)クリエイティブ食彩倶楽部 委託給食です。 住所：富士市伝法114-9 TEL：0545-221-1055 | | | |

※当介護老人福祉施設は、短期入所生活介護事業所（20床）を併設しており、上記の職員数は、短期入所生活介護事業所の職員を含んでいます。

3. 施設の設備の概要

| | | | |
|----------------------|------------------|----------|----------|
| 定員 | 60人 | | |
| 居室 | ○多床室 | 4人部屋 16室 | 9.08㎡/人 |
| | | 2人部屋 3室 | 10.60㎡/人 |
| | ○個室 | 10室 | 15.73㎡/人 |
| 浴室 | ○一般浴槽 ○特殊浴槽 | | |
| 食堂・デイルーム及び機能訓練室 | 386.00㎡（2カ所） | | |
| その他の設備 | ○静養室 12.80㎡ | | |
| | ○医務室 39.60㎡ | | |
| | ○厨房 95.00㎡ | | |
| | ○寮母室 43.20㎡（2カ所） | | |
| | ○車いす対応便所（12カ所） | | |
| | ○理容室 6.00㎡ | | |
| ○建物の構造 鉄筋コンクリート造 3階建 | | | |
| ○建物の延べ床面積3,090.25㎡ | | | |

※上記の設備概要は、併設の短期入所生活介護事業所を含んだ内容です。

4. 施設の運営方針

- 要介護状態にある方に対し、適正な介護福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目指します。
- 入所申し込みに際しては、施設内の入所判定委員会が、優先入所基準に基づき公平かつ厳格な審査を行い、真に入所の必要度の高い方から優先的に入所を決定します。
- サービスの提供は、入所者ごとに施設サービス計画を作成し、目標を設定して計画的にサービスを提供するとともに、必要に応じて見直しを行います。
- 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5. サービスの概要

- 基本サービス
 - ① 食事 朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～
食事の提供はご本人の希望により、フロア・多目的室等、提供場所が選べます。
 - ② 介護 食事等の介助 着替え介助 排せつ介助 おむつ交換 体位交換
施設内移動の付添い 相談等の精神的ケア 日常生活の世話
 - ③ 入浴 最低、週2回入浴可能です。
入所者の身体状況により特別浴又は清拭となる場合があります。
 - ④ 健康管理 嘱託医師や看護職員が入所者の健康管理を行います。

| |
|---|
| <p>⑤ 機能訓練 機能訓練室にて入所者の身体状況に応じて機能訓練を行います。</p> <p>⑥ レクリエーション 適宜入所者のためのレクリエーション行事を行います。</p> <p>○入所者の負担で受けられる「その他のサービス」</p> <p>① 理美容 月1回、外部業者の出張による理容・美容サービスが受けられます。</p> <p>② 貴重品の管理（預り金管理を含む）</p> |
|---|

6. 利用料金 ※介護保険費用地域区分7級地(1単位=10.14円)で計算されます。

○介護福祉施設サービス費

厚生労働大臣が定める下記の料金表に基づき、入所者の要介護度及び居住環境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）をお支払い下さい。サービスの利用料金は、入所者の要介護度に応じて異なります。

| 入居される居室 (居住環境) | サービス利用に係る自己負担単位 | |
|-------------------|-----------------|---------|
| | 令和6年4月1日より | |
| 多床室・個室 共通 | 要介護1 | 589単位/日 |
| | 要介護2 | 659単位/日 |
| | 要介護3 | 732単位/日 |
| | 要介護4 | 802単位/日 |
| | 要介護5 | 871単位/日 |

○加算分

| | |
|----------------------------|--------|
| 日常生活継続支援加算 | 自己負担単位 |
| 利用者の重度化と対応職員の配置体制により算定します。 | 36単位/日 |

※利用者の状況及び対応職員の配置体制により、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）(22単位)、加算（Ⅱ）(18単位)、加算（Ⅲ）(6単位)のいずれかに変更されることがあります。

| | |
|---------------------------------|---|
| 看護体制加算 | 自己負担単位 |
| 医療・看護の質を高めるため看護職員の配置体制により算定します。 | (Ⅰ) □ 4単位/日 (Ⅱ) □ 8単位/日 ※配置体制により、 (Ⅰ)(Ⅱ)の両方が算定されます |

| | |
|---|--------|
| 夜勤職員配置加算（Ⅲ）□ | 自己負担単位 |
| (1) 夜間帯の職員勤務に関する配置基準数に1を加えた数以上の介護職員又は看護職員の配置 (2) 夜間帯を通じた、常時1名以上の「口腔内の喀痰吸引行為」有資格登録者の配置により算定します。 | 16単位/日 |

| | |
|--|--|
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ） | 自己負担単位 |
| 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービスの適切かつ有効な提供のために必要な情報を活用している場合に算定します。 ※（Ⅱ）は疾病の状況に関する情報も含みます | （Ⅰ） 40単位／月 （Ⅱ） 50単位／月 ※（Ⅰ）（Ⅱ）の片方のみ算定されます |

| | |
|--|--------|
| 栄養マネジメント強化加算 | 自己負担単位 |
| （１）管理栄養士を入所者50人当たり1人以上配置している （２）入所者ごとに多職種共同で作成した個別の栄養ケア計画に基づいて栄養管理を継続的に実施している （３）入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している 上記（１）～（３）を満たす場合に算定します。 | 11単位／日 |

| | |
|--|---|
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ） | 自己負担単位 |
| （Ⅰ）機能訓練指導員を配置し、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同し、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づいた個別機能訓練を実施している場合に算定します。 （Ⅱ）は（Ⅰ）に加え、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定します。 | （Ⅰ） 12単位／日 （Ⅱ） 20単位／月 ※（Ⅰ）（Ⅱ）の両方が算定されます |

| | |
|---|---------------|
| 安全対策体制加算 | 自己負担単位 |
| 安全対策に関する外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合に算定します。 | 20単位（入所時1回のみ） |

| | |
|--|---|
| 初期加算 | 自己負担単位 |
| 入所日より30日の間、算定します。 ・1ヶ月以上の入院後に退院、再入所した場合も算定します。 | 30単位/日（最大30日まで） |
| 認知症専門ケア加算 | 自己負担単位 |
| 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を所定の人数以上配置し、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の方（「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅲ、Ⅳ又はM）に対して、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合に算定します。 | （Ⅰ）3単位/日 （Ⅱ）4単位/日 ※（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれか1つのみ算定されます。 認知症チームケア推進加算と、いずれか一方のみ算定されます。 |
| 認知症チームケア推進加算 | 自己負担単位 |
| 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成るに認知症の行動・心理症状に対応するチームとして認知症ケアを実施している場合に算定します。 | （Ⅰ）150単位/月 （Ⅱ）120単位/月 ※（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれか1つのみ算定されます。 認知症専門ケア加算と、いずれか一方のみ算定されます。 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 自己負担単位 |
| 若年性認知症利用者を受け入れ、個別に担当者を定めて当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合に算定します。 | 120単位/日 |
| 認知症行動心理症状緊急対応加算 | 自己負担単位 |
| 認知症の行動・心理症状を理由として、医師の判断のもと緊急に入所した場合に算定します。 | 200単位/日 （入所日から最大7日） |
| 入院・外泊加算 | 自己負担単位 |
| *短期入院又は外泊をされた場合に算定します。 ・該当期間中は、上記の介護福祉施設サービス費日額の支払いは必要ありません （入院又は外泊の初日は除きます）。 *外泊時在宅サービス利用費用 入所者が、外泊時に居宅において、介護老人福祉施設により提供されるサービスを利用した場合 | 246単位/日 （1月あたり最大6日まで） 560単位/日 （1月あたり最大6日まで） |

| 経口維持加算 | 自己負担単位 |
|--|---------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・経口維持加算（Ⅰ） 摂取障害を有する者に、食事の観察及び会議を実施し、入所者ごとに、経口維持計画を作成し、計画に基づく対応を行った場合に算定します。 | 400単位／月 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・経口維持加算（Ⅱ） 経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であり、継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師が加わった場合に算定します。 | 100単位／月 |

| 排せつ支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） | 自己負担単位 |
|---|--|
| <p>排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応により排せつ状態の改善が見込まれる方について、支援計画を作成し、排泄の状況に関する定期的な評価結果を厚生労働省に提出するとともに、必要な情報を活用しながら、計画に基づく支援を継続して実施した場合に算定します。</p> <p>排せつ状態の改善に応じて（Ⅱ）または（Ⅲ）が算定されることがあります。</p> | （Ⅰ）10単位／月 （Ⅱ）15単位／月 （Ⅲ）20単位／月 ※（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれか1つのみ算定されます |

| 再入所時栄養連携加算 | 自己負担単位 |
|--|-------------|
| <p>入院治療のため退所し、再度入所する時、必要となる栄養管理が前回の入所時と大きく異なる為、退院先の病院の管理栄養士と連携し、栄養計画を策定した場合に算定します。</p> | 200単位（1回のみ） |

| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ） | 自己負担単位 |
|---|---|
| <p>褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果を厚生労働省にデータ提出した上で、必要な情報を活用しながら、計画的に状態改善に取り組んだ場合に算定します。</p> | （Ⅰ）3単位／月 （褥瘡の発生がみられた場合） （Ⅱ）13単位／月 （褥瘡の発生がない場合、褥瘡が治癒した場合） |

| A D L維持等加算（Ⅰ）（Ⅱ） | 自己負担単位 |
|---|------------------------|
| <p>一定の評価対象期間を通じて、利用者のA D Lの経過を厚生労働省にデータ提出し、提出データに</p> | （Ⅰ）30単位／月 （Ⅱ）60単位／月 |

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| に基づき算出された「ADL利得」の平均値が一定以上である場合に算定します。 | ※(I)(II)の片方のみ算定されます |
|---------------------------------------|---------------------|

| 退所前訪問相談援助加算ほか | 自己負担単位 |
|------------------------|---------------|
| ・退所前訪問相談援助加算 | 460単位/回(2回まで) |
| ・退所後訪問相談援助加算 | 460単位/回(1回まで) |
| ・退所時相談援助加算 | 400単位/回(1回まで) |
| ・退所前連携加算 | 500単位/回(1回まで) |
| ・在宅復帰支援機能加算 | 10単位/日 |
| ※該当のサービスを提供した場合に算定します。 | |

| 配置医師緊急時対応加算 | 自己負担単位 |
|--|-------------------------------|
| 配置医師が施設の求めに応じ、通常の勤務時間外に施設を訪問し、入所者に対し診療を行い、診療を行った理由を記録した場合に算定します。 | 325単位/回 (通常の勤務時間外 8時～18時) |
| | 650単位/回 (6時～8時 又は 18時～22時) |
| | 1,300単位/回 (22時～6時) |

| 看取り介護加算 | 自己負担単位 |
|---|---|
| 厚生労働省が定める基準に適合する入所者について、施設で看取り介護を行った場合に算定します。 | 72単位/日 (死亡時以前31日～45日) |
| | 144単位/日 (死亡時以前4～30日) |
| | (I) 680単位/日 |
| | (II) 780単位/日 |
| | (死亡時の前日、前々日) |
| | (I) 1,280単位/日 |
| | (II) 1,580単位/日(死亡日) |
| | ※看護職員の配置状況等により、(I) (II)のいずれかが算定されます。 |

| 協力医療機関連携加算 | 自己負担単位 |
|---|------------------------------|
| 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に算定します。 | 100単位/月 (2025年4月～ 50単位/月) |

| | |
|--|--|
| 特別通院送迎加算 | 自己負担単位 |
| 透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情がある方に対して、1ヶ月に12回以上、通院のため送迎を行った場合に算定します。 | 594単位/月 |
| 退所時情報提供加算 | 自己負担単位 |
| 退所後の医療機関に対して入所者を紹介する際、入所者の同意を得て、入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に算定します。 | 250単位/回（1回まで） |
| 新興感染症等施設療養費 | 自己負担単位 |
| 入所者が、別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対し、適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合に算定します。 ※2024年6月現在、指定されている感染症はありません。 | 240単位/日 （1ヶ月に1回、最大5日） |
| 生産性向上推進体制加算 | 自己負担単位 |
| 見守り機器等のテクノロジーを導入するとともに、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善の取組等を継続的に行い、その効果を厚生労働省にデータ提出している場合に算定します。 | (I) 100単位/月 (II) 10単位/月 ※(I)(II)のいずれかが算定されます |
| 介護職員等処遇改善加算 | 自己負担単位 |
| 介護職員等の賃金改善等を目的として、算定します。 | 基本単位及び各加算において算定した単位数の合計のうち所定の割合 (I) 140/1000 (II) 136/1000 (III) 113/1000 (IV) 90/1000 ※(I)(II)(III)(IV)のいずれか1つのみ算定されます |

○ 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。ただし、利用者負担段階が、第1段階から第3段階までの方については、①居住費と②食事に係る費用が、補足給付(特定入所者介護サービス費)の対象になりますので、負担限度額認定を受けている場合は、認定証に掲載してある負担限度額をお支払いいただきます。

| 利用者負担段階 | 所得要件 | 資産要件 |
|-----------|---|------------------------------------|
| 第1段階 | <ul style="list-style-type: none"> ・世帯全員が市民税非課税で、 老齢福祉年金受給者 ・生活保護受給者 | 預貯金等が1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下) |
| 第2段階 | 世帯全員が市民税非課税で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下の方 | 預貯金等が650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下) |
| 第3段階① | 世帯全員が市民税非課税で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方 | 預貯金等が550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下) |
| 第3段階② | 世帯全員が市民税非課税で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超の方 | 預貯金等が500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下) |
| 第4段階(非該当) | <ul style="list-style-type: none"> ・本人が市民税課税の方 ・本人が市民税非課税で世帯員に市民税課税者がいる方 ・配偶者が市民税課税の方(世帯分離している場合を含む) | 利用者負担段階に応じた上記の資産要件を満たさない方 |

①居住費

〈2024年7月までの料金〉

| 居室区分 | 利用者負担段階 | 1日当たりの負担額 |
|----------------------|---------|-----------|
| 個室 (減価償却費・光熱水費相当) | 第1段階 | 320円 |
| | 第2段階 | 420円 |
| | 第3段階① | 820円 |
| | 第3段階② | 820円 |
| | 上記以外 | 1,171円 |
| 多床室 (光熱水費相当) | 第1段階 | 0円 |
| | 第2段階 | 370円 |
| | 第3段階① | 370円 |
| | 第3段階② | 370円 |
| | 上記以外 | 855円 |

〈2024年8月からの料金〉

| 居室区分 | 利用者負担段階 | 1日当たりの負担額 |
|----------------------|---------|-----------|
| 個室 (減価償却費・光熱水費相当) | 第1段階 | 380円 |
| | 第2段階 | 480円 |
| | 第3段階① | 880円 |
| | 第3段階② | 880円 |
| | 上記以外 | 1,231円 |
| 多床室 (光熱水費相当) | 第1段階 | 0円 |
| | 第2段階 | 430円 |
| | 第3段階① | 430円 |
| | 第3段階② | 430円 |
| | 上記以外 | 915円 |

※入院・外泊時においても、居住費を満額ご負担いただきます。なお、負担限度額認定を受けている方の入院・外泊中の居住費については、「外泊時費用」算定時（入院・外泊の開始日から6日目まで）のみ、認定証に掲載してある負担限度額が適用されます。

※あなたの入院・外泊中の空ベッドを、短期入所生活介護（ショートステイ）として使用する場合はご負担いただくことはありません。

②食費

| | 利用者負担段階 | 1日当たりの負担額 |
|--|---------|-----------|
| 朝食・昼食・夕食 (食材料費及び調理コスト) ※1日単位での計算になります。 | 第1段階 | 300円 |
| | 第2段階 | 390円 |
| | 第3段階① | 650円 |
| | 第3段階② | 1,360円 |
| | 上記以外 | 1,650円 |

③その他の利用料金

末尾別表に記載してありますのでご覧下さい。

④要介護認定前の入所について

- ・入所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）。ただし、「自立」又は「要支援1」もしくは「要支援2」と認定された場合には退所となり、入所期間中の費用の全額が自己負担となります。
- ・「要介護1・2」と認定された場合、市町村特例入所に該当した場合のみ入所が可能となります。
- ・「要介護」認定を受け、償還払いとなる場合、入所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。

○ 料金の支払い方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算払いとします。毎月15日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求を行い、20日に口座自動引落しにて、ご精算させていただきます。なお、20日が銀行休日の場合には、次の銀行営業日に口座自動引落しにて、ご精算させていただきます。

○ キャンセル料

あなたのご都合により介護福祉施設サービスをキャンセルされた場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルされる場合は、至急当施設までご連絡ください。

| ア 入所前のキャンセルの場合 | |
|--------------------------|-------------|
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| 入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合 | 1日の基本料金の50% |

イ 入院中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

7. サービスの終了

当施設の利用は、次の事項に該当するに至った場合には終了し、入所者に退所していただくこととなります。

- ① あなたの都合でサービスの終了を希望する場合
 - ・退所希望日の7日前までに退所届出書をご提出下さい。
- ② 施設側の都合でサービスを終了する場合
 - ・人員不足等やむを得ない事由により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知するとともに、他の介護老人福祉施設等を紹介する等の適切な措置を講じます。
- ③ 自動終了
 - ・次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ア) あなたが他の介護保険施設に入所された場合
- イ) あなたの要介護度が、「自立」又は「要支援1」もしくは「要支援2」と認定された場合平成27年度4月以降に入所し「介護度1・要介護2」に判定された場合には、やむを得ない事情と特例とし市町村が判断した場合以外は、退所となります。
- ウ) あなたが亡くなられたとき

④ その他

- ・ 当施設が、ア) 正当な理由がなくサービスを提供しない場合、イ) 守秘義務に違反した場合、ウ) あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、エ) 施設が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・ あなたが、ア) サービスの利用料金を3ヵ月以上滞納し、支払いの催告を再三受けたにもかかわらず支払わないとき、イ) 当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただくことがあります。
- ・ 医師が介護老人福祉施設での生活が困難だと判断した場合、介護サービスの範囲では身体的・精神的安定を図ることが難しいと認められる場合、退院の見込みが不明な場合等は、退所をお願いすることがあります。

その場合には事前あなた又はあなたのご家族と相談の上対応いたします。

8. 病院・診療所への入院の必要性が生じた場合の対応

① 検査入院等、短期入院の場合

1ヵ月につき6日以内（連続して7泊、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所することができます。

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であって、明らかに3ヵ月以内に退院することが見込まれる場合には、退院後再び施設に入所することができます。ただし、予定された退院日より早く退院された場合等、退院時にホームの受入準備が整っていないときは、併設の短期入所生活介護事業所の居室をご利用いただく場合があります。

（入院期間中の身体状況等については随時ご連絡いただきますようお願いします。）

③ 明らかに3ヵ月以内に退院することが見込まれない場合

入所契約書第12条に基づき、原則として入所契約は解除されます。この場合には、当施設に再び優先的に入所することができません。

※ 入院期間中の利用料金

上記「6 利用料金」に記載のとおり、入院期間中であっても、外泊時費用や居住費等事務費に係る所定の利用料金をご負担いただきます。

9. 提供するサービスの第三者評価は、実施されていません。

10. 緊急時・非常時の対応方法及び医療機関との連携について

入所中、あなたの容体に変化等があった場合や、その他緊急の事態が生じた場合には、速やかに、配置医師又はあらかじめ定められた協力医療機関及び各関係機関に連絡するなど必要な措置を講じ、管理者に報告する義務を負います。

| | | |
|---------|-----|-------------------------------------|
| あなたの主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先 | |
| 緊急連絡先 | 名称 | |
| | 連絡先 | |
| 協力医療機関 | 名称 | 池田病院 |
| | 連絡先 | 駿東郡長泉町本宿 411 番地の 5 TEL 055-986-1212 |

当施設では、協力医療機関との間で、次のとおり連携を行っています。

- ①入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保しています。
- ②診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保しています。
- ③入所者の病状の急変が生じた場合等において施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保しています。

また、入所者の病状の急変が生じた場合ほか緊急時における対応方法について、配置医師・協力医療機関との間で、1年に1回以上、見直し及び必要に応じた変更を行います。

| | | |
|----------|-----|----------------------------------|
| 協力歯科医療機関 | 名称 | 野口歯科医院 |
| | 連絡先 | 沼津市三枚橋町 6 番地の 5 TEL 055-963-0050 |

| | | |
|----------|-----|-----------------------------------|
| 介護老人福祉施設 | 名称 | 沼津フジビューホーム医務室 看護課長 木元聡美 |
| | 連絡先 | 沼津市大岡 3571 番地の 1 TEL 055-926-8500 |

11. 身元保証人及び連帯保証人

入所者に対して、「身元保証人」1名及び「連帯保証人」1名を定めていただきます。但し、社会通念上、入所者に身元保証人及び連帯保証人をたてることのできない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。なお、身元保証人と連帯保証人は同一の方でも差し支えありません。

身元保証人及び連帯保証人は、次の責務を負います。

(身元保証人)

- ①この利用に基づく入所者の、施設に対する債務の保証人としての責任を負います。
- ②入所者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するようにご協力いただきます。

- ③利用の解除及び終了時には、入所者の状態に見合った適切な受入れ先の確保に努めていただきます。
- ④利用の終了後には、入所者の身柄及び所持品（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、入所者又は身元保証人にご負担いただきます。
- ⑤その他、入所者の身上に関する必要な措置をお願い致します。
- （連帯保証人）
- ①100万円を上限として、この利用に基づく入所者の、施設に対する債務を入所者と連帯して負担します。
- ②連帯保証人にご負担いただく債務額は、入所者又は連帯保証人が死亡したときに確定します。
- ③連帯保証人から請求があったときは、施設は、入所者の全ての債務額等に関する情報を連帯保証人に提供します。

身元保証人及び連帯保証人の変更・連絡先の変更について

- ・身元保証人及び連帯保証人が、それぞれの義務の履行が困難になった場合には、入所者は新たな身元保証人・連帯保証人を選任して、施設に通知しなくてはなりません。
- ・施設が新たな身元保証人・連帯保証人の選任に同意する場合には、契約当事者間で当該保証人等の変更に関する「合意書」を締結し、契約当事者が「利用契約書」と合わせて保管するものとします。
- ・身元保証人・連帯保証人の住所・連絡先が変更になる場合には、速やかに施設までご連絡ください。

12. サービス提供における事業者の義務

当施設は、入所者へのサービスの提供に際して、次のことを守ります。

- ①入所者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②入所者の体調、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上、入所者から聴取、確認します。
- ③入所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入所者に提供したサービスについて記録を作成し、サービスの終了後2年間保管するとともに、入所者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤施設は、サービスの提供に当たっては、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、入所者に対し身体的拘束その他の方法により行動を制限しません。
- 身体的拘束その他の行動制限を行う場合には、必要最小限のやむを得ない態様にとどめるとともに、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- ⑥施設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当たって知り得た入所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、入所者に緊急な医療上の必要がある場合には、医療機関等に入所者の心身等の情報を提供します。

- ⑦ 施設内には、苦情解決委員会、身体拘束廃止委員会、事故防止安全衛生点検委員会等の各種委員会を設置し、定期的にサービスの点検を行うなど、適切かつ安全な介護福祉施設サービスの提供に努めます。

13. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

| | |
|-------------------------------|---|
| 非常時の対応 | 火災時消火できる場合は、消火器、消火栓にて消火 関係各所に連絡 消火できない場合は、消防署に通報 |
| 平常時の防災訓練等 | 毎月1回防災訓練を実施 施設内消防設備の点検、チェック 緊急連絡網の整備 |
| 防災設備 | 消防器具、スプリンクラー設備、パッケージ型自動消火設備、自動火災報知設備、消防機関へ通報する火災報知設備、非常警報器具及び設備、避難器具、誘導灯等及び誘導標識、配線、防排煙制御設備、非常電源 |
| 消防計画 消防署への届出 平成21年11月6日 | 防火管理者 猪又 吉一 内 容 ① 消防計画の検討及び変更 ② 消火、通報、避難訓練の計画とその実施 ③ 建物等の自主検査及び消防用設備等の点検の実施及び指導監督 ④ 火気の使用又は取扱に関する指導監督 ⑤ 入所者の把握と安全管理 ⑥ 管理権限者に対する助言及び報告 ⑦ その他防火管理上、必要な業務 |

14. 業務継続計画（BCP）

感染症や非常災害の発生時において、入所者に対するサービスの提供を継続的に実施し、早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、計画に基づいて定期的に訓練や内容の見直しを行っています。

15. 施設利用の留意事項

ご利用に当たり、入所者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するために、下記の事項をお守り下さい。

① 面会

面会時間： 午前9：30～午後4：30

※来訪者は、必ず職員に届け出て下さい。

※なお、来訪される場合、「生もの」の持ち込みはご遠慮下さい。

② 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。(行き先を確認させていただきます。) なお、外泊期間中の居住費をご負担いただきます。

③ 食事

- ・食事が不要な場合は、前日(午後5時)までにお申し出下さい。前日までにお申し出があった場合には、1日単位での「食事に係る自己負担額」が減免されます。
- ・外泊等の際して、前日(午後5時)までにご連絡がないまま、あらかじめお届けいただいた予定日に帰来されない場合には、当日の食費の全額(1,650円)をお支払いいただきます。

④ 喫煙

施設屋内・屋外(敷地内)は全面禁煙となっておりますので、喫煙はご遠慮いただきます。

⑤ 飲酒

お酒は、行事等で飲めるようにします。家で健康のため飲まれている方は、持ってこられても構いません。

⑥ 金銭の管理

大金の持ち込みはご遠慮下さい。必要に応じて事務室でお預かりします。

⑦ 施設・設備の使用上の注意

- ・居室、共用施設及び敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意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・設備を破損したり、汚したりした場合には、入所者の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。

⑧ その他

- ・所持品の持ち込みは、生活上の最小限の持ち物に限らせていただきます。
- ・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。
- ・ペットの飼育はご遠慮下さい。
- ・サービスの提供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、入所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、その場合は、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮に努めます。
- ・インフルエンザの感染予防のために、施設で予防接種を行います(有料・市町によっては助成制度があります)。インフルエンザ予防接種に際しては、接種意思の確認のため、ご本人の同意書が必要になります。

16. 事故発生時の対応

- ① サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要かつ適切な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- ③ 事故防止安全衛生点検委員会において、その分析を通じた改善策を検討するとともに、従業者に再発防止を周知徹底する体制を整備します。

17. 損害賠償

当施設において、当施設の責任によって入所者に生じた損害については、当施設は賠償額が確定し次第速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、入所者に故意または過失が認められ、かつ入所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、当施設の損害賠償額が減額されることがあります。

(例：入所者が転倒により骨折したとき、施設に明らかな過失が認められない場合、治療費は入所者負担となることがあります)

また、天災・事変などの不可抗力、火災・盗難・暴動・外出中の不慮の事故により入所者が受けた損害については、当施設の故意または重大な過失による場合を除き、当施設は一切の賠償責任を負いません。

18. 虐待防止の取組みと発生時の対応

利用者やその家族に対して、虐待に該当する行為を行うことのないよう虐待防止の理解をはじめとする研修等を行い、発生の予防に努めます。また、虐待が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。

19. 苦情処理

当施設の利用に関するご相談・苦情、及び施設サービス計画に基づいて提供する各サービスについてのご相談・苦情を承ります。苦情申し出者は、苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。

また、「意見箱」を1階事務室前に設置していますので、お気軽にご利用下さい。

| | | |
|---------|-----------------------|--------------|
| 苦情受付担当者 | 高橋 智恵子 (生活相談員) | 藤森 綾子 (介護課長) |
| | 電話 055-926-8500 | |
| | FAX 055-926-8504 | |
| 苦情解決責任者 | 河野 義文 (沼津フジビューホーム施設長) | |
| | 電話 055-926-8500 | |

このほか、次の公的機関や当施設が設置する第三者委員等に苦情を申し立てることができます。

| | |
|--|------------------|
| 沼津市 市民福祉部 長寿福祉課 | 電 話 055-934-4873 |
| 長泉町 長寿介護課 | 電 話 055-989-5511 |
| | 電 話..... |
| 静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 | 電 話 054-253-5590 |
| 第三者委員 ○森田 紀 沼津市大岡345-1 055-962-3335 ○越川 年 沼津市岡宮1330-41 055-921-8509 | |

※第三者委員は、公平中立な立場で苦情を受け付け、相談にのっていただける委員です。

苦情の申し出があった場合における当事業所の苦情処理の手順は次のとおりです。

苦情解決の取り組みの流れについて

(1) 苦情の受付

- ① 苦情受付担当者は、ご利用者等からの苦情を随時受け付けます。なお、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。
- ② 苦情受付担当者は、ご利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認します。
 - ア. 苦情の内容 イ. 苦情申出人の希望等 ウ. 第三者委員への報告の要否
 - エ. 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立ち会いの要否
- ③ ウ及びエが不要な場合は、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いによる解決を図ります。



(2) 苦情受付の報告・確認

- ① 苦情受付担当者は、受け付けた苦情はすべて苦情解決責任者と第三者委員に報告します。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除きます。
- ② 投書など匿名の苦情については、第三者委員に報告し、必要な対応を行います。
- ③ 第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けた場合は、内容を確認するとともに、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。



(3) 苦情解決に向けての話し合い

- ① 苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます。
- ② 第三者委員の立ち会いによる苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いは、次により行

います。なお、苦情解決責任者も第三者委員の立ち会いを要請することができます。
ア. 第三者委員による苦情内容の確認 イ. 第三者委員による解決案の調整、助言
ウ. 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認



(4) 苦情解決結果の記録、報告

① 苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保されます。これらを実効あるものとするため、記録と報告を積み重ねていきます。

ア. 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経過と結果について書面に記録します。

イ. 苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。

ウ. 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して一定期間経過後、報告します。



(5) 解決結果の公表

① ご利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し、公表します。

令和 年 月 日

(施設)

指定介護福祉施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。
なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、ご利用中に加算の内容が
変更となる場合があることを説明しました。

所在地 静岡県沼津市大岡3571番地の1

名称 社会福祉法人 駿河厚生会

説明者 介護老人福祉施設 沼津フジビューホーム 高橋 智恵子 印

(入所者)

指定介護福祉施設サービスに関する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。なお、加算については加算条件を満たした場合の算定条件
となること、利用中に加算の内容が変更となることに同意しました。

入所者

住所

氏名 印

代理人 (選任した場合) 署名代行者 (代筆した場合) 家族・立会人

住所

氏名 印

入所者との関係

別表 その他の利用費

| 項目 | 内容 | 利用料金 |
|-----------------|--|-------------------------|
| 特別な食事（お酒を含みます） | ご希望に基づいて特別な食事を提供します。 | 実費相当額 |
| 理髪・美容 | 月に1回、専門業者の出張による有料理髪・美容サービスをご利用いただけます。 | 2,000 円／回 |
| 日常生活上必要となる諸費用 | 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かかる費用を負担いただきます。 （歯磨き・歯ブラシ・ティッシュ・石鹸等、利用者の希望により用意するもの） | 実費相当額 |
| 教養娯楽費 | 参加いただく施設のレクリエーション、クラブ活動参加費として、特に個別的な費用として材料費相当額をご負担いただきます。 | 実費相当額 |
| 通信費 | はがき・切手・コピー・ファックス等をご利用になった場合の費用です。 | 実費相当額 （10 円～） |
| 居室管理料金 | ご利用者が、利用終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の利用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居住費の全額 |円／日 |
| 貴重品の管理（預り金管理含む） | <p>入所者の依頼により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下のとおりです。</p> <p>○ 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</p> <p>○ お預かりするもの ・上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑 ・健康保険証、介護保険証、老人医療受給者証、身体障害者手帳、介護保険負担限度額認定証等</p> <p>○ 保管管理者：施設長</p> <p>○ 出納方法 ・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。 ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。</p> | 120 円／日 （入所日から退所日まで） |

| | | |
|------------------------------|--|-------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ 保管管理者は出入金の都度、個人別預かり金出納簿に記録し、毎月1回、預かり金に関する入所者預金残高一覧表を作成し、通帳残高確認書を作成し、入所者本人の確認を受けます。 ・ 保管管理者は、収支状況について、概ね四半期ごとに入所者又は家族等に文書で報告します。 | |
| 施設・設備等の破損 | 業者の請求に基づき、実費をご負担いただきます。 | 実費相当額 |
| 私物の洗濯代 | 外部クリーニング業者に洗濯をご希望の場合は、職員までお申し付けください。 | 実費 |
| 新型コロナウイルス・インフルエンザ・肺炎球菌ほか予防接種 | 各種感染症の感染予防のための予防接種費用(市町によっては助成制度があります。) | 実費 |

※経済状況の著しい変化や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、変更の内容及び変更する事由について、あらかじめご説明し、入所者からの同意を得るものとします。