

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

社会福祉法人 恵豊福祉会
特別養護老人ホーム 永寿園

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人恵豊福祉会
(2) 法人所在地 長崎県長崎市以下宿1912番地
(3) 電話番号 095-894-2307
(4) 代表者名 理事長 山口 敏晴
(5) 設立年月日 昭和47年6月16日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
(2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者がその有する能力に応じ可能な限り、自立した日常生活を営むことが出来る様に支援する事を目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び供用施設等をご利用いただき、介護福祉サービスを提供いたします。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護が必要とし、かつ、居室においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 永寿園
長崎県指定番号 4271100903
(4) 施設の所在地 長崎県長崎市以下宿町1912番地
(5) 電話番号 095-894-2307 FAX095-895-3623
(6) 施設長 田中 英樹
(7) 開設年月日 昭和48年4月1日
(8) 入所定員 50名
(9) 運営方針 1. 老人福祉の理念に基づき施設利用者の人権を守り正しい理解をもって施設運営にあたる。
2. 施設利用者の自由を奪う事なく人間的な和を作り楽しい生活が出来る施設作りに努力する。
3. 全職員が施設利用者の相談相手となり精神的な不安感をなくす様努力する。

3. 居室の概要

- (1) 居室の概要当施設では下記の居室、設備をご用意しています。

居室、設備の種類	室数	備考
ユニット型個室	50室	
機能訓練室	2室	
医務室	1室	

居室、設備の種類	室数	備考
浴室	3室	
共同生活室	5室	

- (2) 居室の変更 この契約者より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。又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。

4. 職員の配置

職種	人数	職種	人数
施設長	1名	介護職員	40名
事務長	1名	管理栄養士	1名
介護支援専門員	1名	調理員	5名
生活相談員	1名	事務員	1名
機能訓練指導員	1名	医師（嘱託医）	1名
看護職員	4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。

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

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態及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為、離床して食堂にて食事を取っていただく事を原則としています。

②入浴

入浴は週2回行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴できます。

③排泄

排泄の自立を提するため、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または、その減限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様、適切な整容が行われる様援助します。

サービスの利用料金（１日当り）

ご契約者の要介護度に応じた施設サービス費(体制加算等含む)より介護保険給付額を差引いた金額と居住費、食費（所得により負担限度額）の合計金額を負担しなければならない。居室型は三タイプあります。１日当りの費用は別表の通りです。また、介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて変更します。

6. 利用者負担額の軽減制度

低所得者で生計が困難であると認められる者に対して、社会法人恵豊福祉会が、その社会的な役割にかんがみ、利用者負担を軽減いたします。対象要件は下記の通りといたします。

- (1) 軽減対象費用としては、介護費用、食費及び居住費の利用者負担とする。
- (2) 軽減の程度として利用者負担の４分の１但し、利用者負担第１段階の者の２分の１とする。１円未満が出た場合の端数は切り捨てとする。
- (3) 軽減の対象者は、市町村民税世帯非課税であって、次の要件の全てを満たす者のうち、その者の収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、対象者は申請をし、市町村が認めた者とする。

- ① 年間収入が単身世帯で１５０万円、世帯員が１人増えるごとに５０万円を加算した額以下であること。
- ② 預貯金等の額が単身世帯で３５０万円、世帯員が１人増えるごとに１００万円を加算した額以下であること。
- ③ 世帯がその居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないこと。
- ④ 負担能力のある親族等に扶養されてないこと。
- ⑤ 介護保険料を滞納していないこと。

*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)

7. 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、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

① 特別な食事

ご契約者のご希望で特別な食事を提供した時

利用料金：要した費用の実費

② 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。

詳細は下記の通りです。

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：上記預貯金通帳と金融機関への届け出た印鑑、有価証券、

年金証書、健康保険証

保管管理者：施設長 田中 英樹

出納方法：手続きの概要は下記の通りです。

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。

保管管理者は出入の都度、出入金記録を作成し、３ヶ月に１度ご契約者にその旨を持って報告する。

利用料金：無料とする。

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頂きます。

利用料金：材料代の実費をいただきます。

主な行事予定表は別紙による。

④ 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。

衣類の洗濯：施設内で洗濯可能な物については無料とし、業者へ委託の場合実費。おむつ代は介護保険の対象となっていますので、ご負担の必要は有りません。

⑤ 個室利用料

個室利用者が自己の都合又は病院等へ入院した場合は、それぞれの個室利用料(居住費)を翌日より頂きます。(但し、他の者が空室を利用した場合には、その期間中の居住費は頂ません。)

8. 利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金、費用は１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の月末までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

（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なります。）

ア 窓口での現金支払い

イ 下記指定口座への振込み

十八親和銀行 野母支店 普通預金 〇〇八八四三五

口座名義 社会福祉法人 恵豊福祉会

特別養護老人ホーム永寿園

園長 田中 英樹

9. 入所中の医療の提供について

入所中の医療については嘱託医を中心とした医療チームでご契約者の医療の管理を行い又、協力医療機関との連携を密にして医療サービスを行って行きます。

協力病院として長崎友愛病院へ依頼しております。

歯科診療医として松永歯科医院へ協力をお願いしております。

10. 施設を退所していただく場合

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。

したがって、以下のような理由がない限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこの様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事になります。

- 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断された場合。
- ② 事業者が、解散した場合、破産した場合又やむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- ③ ご契約者から退所の申し出があった場合。
- ④ 事業者からの退所の申し出を行った場合。

(1) ご契約者からの退所の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者からの当施設からの退所を申し出ることが出来ます。その場合には、退所を希望する7日前までに解約届出書をご提出願います。

- ①介護保険対象外サービスの利用料金に変更に同意できない場合。
- ②施設の運営規程の変更同意できない場合。
- ③ご契約者が入院された場合。
- 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。

(2) 事業所からの申し出により、退所していただく場合。

- ①ご契約者が、契約締結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項を生じさせた場合。
- 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を支払わない場合。
- ③ご契約者が、故意又は重要な過失により事業者又はサービス従業者もしくは、他の利用者等の生命、身体、財物、信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情が生じさせた場合。
- ④ご契約者が病院又は診療所に入院する場合、3ヶ月以上継続入院が必要な場合但し、退院後、やむを得ない事情がある場合を除き、当該施設に入所できるように配慮いたします。

- ⑤ご契約者が介護老人保健施設又は介護療養型医療施設に入所又は入院した場合。

(3) 円滑な退所のための援助

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。

- ①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設の紹介

- ②居宅介護支援事業者の紹介

- ③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

11. 残置物引取人

入所者契約が終了した後、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。

当施設は残置物引取人の連絡のうえ、残置物を引取っていただきます。

当施設は残置引取人に連絡のうえ、残置物を引取っていただきます。

また、引渡しにかかる費目については、ご契約者または、残置引取人にご負担させていただきます。

12. 苦情の受付及び処理の手順について

- (1) 苦情の受付は毎週月曜日より金曜日まで事務所の窓口で受け付けを行っています。
- (2) 受け付けには介護支援専門員又は、生活相談員が担当いたします。
- (3) 窓口での解決が出来ない場合には、施設内苦情処理委員会で検討し解決を図ります。
- (4) 苦情処理委員会で解決出来ない場合は、外部の第三者に依頼し解決を図ります。

長崎市高齢者すこやか支援課	電話	8 2 9－1 1 4 6
長崎県苦情処理委員会（国民健康保険連合会）	電話	8 2 6－9 2 9 3
	Fax	8 2 6－1 7 7 9
長崎県運営適正委員会	電話	8 4 2－6 4 1 0
	Fax	8 4 2－6 7 4 0

13. 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合には、嘱託医へ連絡し、嘱託医が対応出来ない場合ない場合は協力病院へ搬送すると共に入所者の家族に連絡を行う等必要な措置をとります。
- (2) 入所者へのサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が発生した場合速やかに、市町村、警察へ連絡及び報告を行い事故の処理に努めます。

14. 非常災害対策について

- (1) 施設利用者の生命、財産を守るため、消防計画及び災害非難計画書等を作成し、その訓練実施を計画的におこない万全を図る。
- (2) 火災等の発生のおそれがある場所については、随時点検を行う。

15. 第三者評価実施状況

- (1) 当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

【別表】

第1段階対象 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者もしくは、生活保護の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	679 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	109 円			300 円	880 円	2,074 円
2	ユニット型 個室	750 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	119 円			300 円	880 円	2,155 円
3	ユニット型 個室	826 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	131 円			300 円	880 円	2,243 円
4	ユニット型 個室	898 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	141 円			300 円	880 円	2,325 円
5	ユニット型 個室	968 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	150 円			300 円	880 円	2,404 円

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	679 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	109 円			390 円	880 円	2,164 円
2	ユニット型 個室	750 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	119 円			390 円	880 円	2,245 円
3	ユニット型 個室	826 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	131 円			390 円	880 円	2,333 円
4	ユニット型 個室	898 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	141 円			390 円	880 円	2,415 円
5	ユニット型 個室	968 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	150 円			390 円	880 円	2,494 円

第3段階①対象 市町村民税世帯非課税で利用者負担第2段階該当者以外の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	679 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	109 円			650 円	1,370 円	2,914 円
2	ユニット型 個室	750 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	119 円			650 円	1,370 円	2,995 円
3	ユニット型 個室	826 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	131 円			650 円	1,370 円	3,083 円
4	ユニット型 個室	898 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	141 円			650 円	1,370 円	3,165 円
5	ユニット型 個室	968 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	150 円			650 円	1,370 円	3,244 円

※1円以下の端数処理の関係上数円単位の差異が生じますのでご了解下さい。

第3段階②対象 市町村民税世帯非課税で利用者負担第2段階該当者以外の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	679 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	109 円			1360 円	1,370 円	3,624 円
2	ユニット型 個室	750 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	119 円			1360 円	1,370 円	3,705 円
3	ユニット型 個室	826 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	131 円			1360 円	1,370 円	3,793 円
4	ユニット型 個室	898 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	141 円			1360 円	1,370 円	3,875 円
5	ユニット型 個室	968 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	150 円			1360 円	1,370 円	3,954 円

第4段階対象 第1・第2・第3段階以外の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	679 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	109 円			1,445 円	2,066 円	4,405 円
2	ユニット型 個室	750 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	119 円			1,445 円	2,066 円	4,486 円
3	ユニット型 個室	826 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	131 円			1,445 円	2,066 円	4,574 円
4	ユニット型 個室	898 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	141 円			1,445 円	2,066 円	4,656 円
5	ユニット型 個室	968 円	47 円	6 円	13 円	27 円	13 円	150 円			1,445 円	2,066 円	4,735 円

※1円以下の端数処理の関係上数円単位の差異が生じますのでご了解下さい。

※負担割合2割の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	1,358 円	94 円	12 円	26 円	55 円	25 円	219 円			1,445 円	2,066 円	5,300 円
2	ユニット型 個室	1,500 円	94 円	12 円	26 円	55 円	25 円	239 円			1,445 円	2,066 円	5,462 円
3	ユニット型 個室	1,652 円	94 円	12 円	26 円	55 円	25 円	261 円			1,445 円	2,066 円	5,636 円
4	ユニット型 個室	1,796 円	94 円	12 円	26 円	55 円	25 円	282 円			1,445 円	2,066 円	5,801 円
5	ユニット型 個室	1,936 円	94 円	12 円	26 円	55 円	25 円	300 円			1,445 円	2,066 円	5,959 円

※負担割合3割の方

要介護度		施設 サービス費	日常生活 継続支援 加算	看護体制 加算Ⅰ	看護体制 加算Ⅱ	夜間職員 配置加算	個別機能 訓練加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅰ			食費 (負担限度)	居住費 (負担限度)	1日合計 利用料金
1	ユニット型 個室	2,038 円	141 円	18 円	39 円	82 円	37 円	328 円			1,445 円	2,066 円	6,194 円
2	ユニット型 個室	2,251 円	141 円	18 円	39 円	82 円	37 円	358 円			1,445 円	2,066 円	6,437 円
3	ユニット型 個室	2,479 円	141 円	18 円	39 円	82 円	37 円	392 円			1,445 円	2,066 円	6,699 円
4	ユニット型 個室	2,695 円	141 円	18 円	39 円	82 円	37 円	422 円			1,445 円	2,066 円	6,945 円
5	ユニット型 個室	2,905 円	141 円	18 円	39 円	82 円	37 円	449 円			1,445 円	2,066 円	7,182 円

※1円以下の端数処理の関係上数円単位の差異が生じますのでご了解下さい。

指定介護福祉施設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。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 永寿園

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____