

当施設はご利用者に対して指定介護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とおり説明します。

- ※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護 3 から 5」と認定された方が対象となりますが、要介護 1 又は 2 であっても特例入所対象者であれば入所は可能です。
- ※ 尚、当施設は介護福祉施設であり、医療施設ではありません。

◇◆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
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 ~ 14
6.	施設を退所していただく場合（契約の終了について） .....	15 ~ 17
7.	残置物引取人 .....	18
8.	苦情の受付について .....	18
9.	事故発生時の対応について .....	18
10.	個人情報の提供について .....	19
11.	なかよし会について .....	19

## 1 施設経営法人

- |           |                         |
|-----------|-------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 松 風 会            |
| (2) 法人所在地 | 広島県福山市加茂町字上加茂 3 3 番地    |
| (3) 電話番号  | 0 8 4 - 9 7 2 - 5 1 6 6 |
| (4) 代表者氏名 | 理 事 長 世 良 一 穂           |
| (5) 設立年月日 | 昭和 4 9 年 6 月 6 日        |

## 2 ご 利 用 施 設

- |                        |  |
|------------------------|--|
| (1) 施設の種類              | 指定介護老人福祉施設 ・ 平成 1 4 年 1 0 月 1 日指定<br>(指令介護第 22 号)<br>(事業所番号 3471500607)<br>従来型 (入所定員 70 名)   |
| (2) 施設の目的              | 入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行うことを目的とする。  |
| (3) 施設の名称              | 特別養護老人ホーム 松 風 園  |
| (4) 施設所在地              | 広島県福山市加茂町字上加茂 3 3 番地   |
| (5) 電話番号               | 0 8 4 - 9 7 2 - 5 1 6 6  |
| (6) 施設長氏名              | 園 長 奥 田 久 美 子  |
| (7) 当 施 設 の<br>運 営 方 針 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 入所者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</li><li>・ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。</li><li>・ 市町、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の医療保健サービス及び福祉サービスとの密接な連携に努めます。</li></ul> |
| (8) 開設年月日              | 昭和 5 0 年 5 月 2 3 日   |
| (9) 入 所 定 員            | 7 0 名  |

### 3 居 室 の 概 要

当施設では次の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、1人部屋、2人部屋、4人部屋を設けております。

※ 居室・設備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ものです。

#### ◎ 居室の状況

居室・整備の種類		室 数	設 備	備 考
1人部屋	14.850 m <sup>2</sup>	4室	トイレ・洗面付	
	14.575 m <sup>2</sup>	8室	トイレ・洗面付	ショートステイ2室含む
	14.850 m <sup>2</sup>	2室		ケアユニット
	14.575 m <sup>2</sup>	2室		
2人部屋	24.750 m <sup>2</sup>	2室	トイレ・洗面付	
	23.200 m <sup>2</sup>	9室	トイレ・洗面付	ショートステイ2室含む
	29.150 m <sup>2</sup>	1室		ケアユニット
	29.627 m <sup>2</sup>	1室		
	29.763 m <sup>2</sup>	1室		
4人部屋	44.000 m <sup>2</sup>	3室	洗面付	
	46.400 m <sup>2</sup>	6室	洗面付	ショートステイ1室含む
合 計	285.740 m <sup>2</sup>	39室		
介護士室	37.600 m <sup>2</sup>	1室		防災センターを兼ねる
医 務 室	28.482 m <sup>2</sup>	1室		
静 養 室	22.733 m <sup>2</sup>	1室		
食 堂	160.000 m <sup>2</sup>	1室		
食 堂	32.500 m <sup>2</sup>	1室		ケアユニット
キッチン	22.500 m <sup>2</sup>	1室	電磁調理器	
談 話 室	62.000 m <sup>2</sup>	1室	テレビ	
機能回復訓練室	66.000 m <sup>2</sup>	1室	平行棒・昇降階段 ホ ッ ト パ ッ ク	
浴室・脱衣室	115.509 m <sup>2</sup>	1室	臥床式特殊浴槽 座位式特殊浴槽 一 般 浴 槽	
デイルーム1	16.500 m <sup>2</sup>	1室	入所者用大活字本	
デイルーム2	16.500 m <sup>2</sup>	1室	テレビ	
デイルーム3	6.000 m <sup>2</sup>	1室		
相 談 室	16.500 m <sup>2</sup>	1室		
面 接 室	16.500 m <sup>2</sup>	1室		

#### ① 入所時の利用施設及び居室の決定

ご利用者の心身の状況や居室の空き状況により、決定させていただきます。

## ② 利用施設及び居室の変更

ご利用者より利用施設及び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、ご利用者の心身の状況により利用施設及び居室の変更が必要になった場合には、利用施設及び居室の変更をさせていただきます。

利用施設及び居室変更する際には、ご利用者やご契約者等に事前に報告するものとします。ただし、緊急を要す場合には、事後報告とさせていただきます。

## 4 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、次の職種の職員を配置しています。

### 【従来型の主な職員の配置状況】

職 種	指定基準	当施設の職員配置数	備 考
1. 施設長（管理者）	1 名	1 名	
2. 生活相談員	1 名	3 名	介護支援専門員 1 名兼務 事務員 1 名兼務
3. 介護支援専門員	1 名	2 名	生活相談員 2 名兼務
4. 機能訓練指導員	1 名	1 名	看護職員兼務
5. 介護職員 看護職員	2 6 . 6 名	2 8 . 2 名	介護職員 2 8 名 看護職員 5 名
6. 医師（嘱託）	1 名	1 名	
7. 管理栄養士	1 名	2 名	
8. 事務員等その他職員		5 名	
合 計	3 2 . 6 名	3 9 . 8 名	

### 【主な職種の勤務体制】

職 種	勤 務 体 制	
	勤 務 時 間	備 考
1. 医 師	毎週月曜日～土曜日 8 時 0 0 分～ 9 時 0 0 分及び 1 4 時 0 0 分～ 1 5 時 0 0 分	
2. 介護士	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 7 時 0 0 分～ 1 6 時 0 0 分 3 名 日中 8 時 3 0 分～ 1 7 時 3 0 分 3 名 日中 9 時 0 0 分～ 1 8 時 0 0 分 2 名 日中 9 時 3 0 分～ 1 8 時 3 0 分 1 名 日中 1 0 時 0 0 分～ 1 9 時 0 0 分 2 名 夜間 1 6 時 0 0 分～ 9 時 0 0 分 3 名	
3. 看護師	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝 7 時 0 0 分～ 1 6 時 0 0 分 1 名 日中 7 時 3 0 分～ 1 6 時 3 0 分 1 名 日中 8 時 3 0 分～ 1 7 時 3 0 分 2 名 日中 9 時 3 0 分～ 1 8 時 3 0 分 1 名	
4. 機能訓練指導員	毎週月曜日・木曜日 1 5 時 3 0 分～ 1 7 時 3 0 分 1 名	

※ 日曜日、祝祭日は上記と異なります。

## 5 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して次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利用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）

次のサービスについては、利用料金の大部分、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 栄養管理

- ・ 当施設では、管理栄養士が作成する献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご利用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。ただし、ご利用者の身体の状況、希望等により居室等で食事を摂っていただく場合もあります。

#### （食事時間）

朝 食：7時30分～      昼 食：12時00分      夕 食：18時00分

※ 但し、身体状況（嚥下困難者等）で食事に長時間要する場合は上記時間より15分程度早目に配膳させていただきます。また、ご利用者の希望等により通常の食事時間を変更することが出来ます。

#### ② 入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### （入浴時間等）

月曜日から土曜日 … 午前9時30分 ～ 午前11時30分

※ご利用者の状態に応じた入浴方法をお選びいただくことができます。

#### ③ 排 泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・ 身体状況によりやむを得ずオムツを使用する場合は、下記のとおり定時オムツ交換を行います。
- ・ その他ご利用者の状況に応じて、定時交換、随時交換を行います。

#### （定時オムツ交換の時間）

- ・ 9時00分      ・ 11時30分      ・ 13時30分      ・ 16時45分
- ・ 21時00分      ・ 5時30分

#### ④ 個別機能訓練

- ・ 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な機能の回復又はその減退を防止するための個別訓練を実施します。

**⑤ 健康管理**

- ・ 医師（嘱託医）や看護師が健康管理を行います。
- ・ 当園では 24 時間の連絡体制を整えており、夜間についても看護師から嘱託医等への連絡体制を確保しています。

**⑥ その他自立への支援**

- ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に努めます。
- ・ 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、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・ 口腔内の衛生を保つため、ご利用者の状態に合わせた口腔ケアを実施します。

**【サービス利用料金（1日あたり）】 （契約書第6条参照）**

次の①～③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額を除いた金額（自己負担額）と特定入所者介護サービス費、介護報酬の加算、ご利用者の日常生活上必要となる諸費用実費（おむつ代を除く）を加えた合計金額をお支払い下さい。（サービスの料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

① サービス費（１日につき）

a 利用者負担の割合が１割の場合（個室・多床室共通）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１ ご利用者の要介護度とサービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
２ 内介護保険から給付される金額	5,301 円	5,931 円	6,588 円	7,218 円	7,839 円
３ サービス費用に係る自己負担金額（１－２）	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円

b 利用者負担の割合が２割の場合（個室・多床室共通）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１ ご利用者の要介護度とサービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
２ 内介護保険から給付される金額	4,712 円	5,272 円	5,856 円	6,416 円	6,968 円
３ サービス費用に係る自己負担金額（１－２）	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円

c 利用者負担の割合が３割の場合（個室・多床室共通）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１ ご利用者の要介護度とサービス利用料金	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円
２ 内介護保険から給付される金額	4,123 円	4,613 円	5,124 円	5,614 円	6,097 円
３ サービス費用に係る自己負担金額（１－２）	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円

② 特定入所者介護サービス費

a 個室をご利用の場合

(1日につき)

負担限度額	居 住 費	食 費	負担金合計	適 用
第 1 段 階	380 円	300 円	680 円	負担限度額の段階については申請により利用者の前年の所得状況・預貯金等の金額に応じて市町が認定します。
第 2 段 階	480 円	390 円	870 円	
第 3 段 階(1)	880 円	650 円	1,530 円	
第 3 段 階(2)	880 円	1,360 円	2,240 円	
第 4 段 階 (基準額)	1,588 円	1,830 円	3,418 円	

b 多床室をご利用の場合

(1日につき)

負担限度額	居 住 費	食 費	負担金合計	適 用
第 1 段 階	0 円	300 円	300 円	負担限度額の段階については申請により利用者の前年の所得状況・預貯金等の金額に応じて市町が認定します。
第 2 段 階	430 円	390 円	820 円	
第 3 段 階(1)	430 円	650 円	1,080 円	
第 3 段 階(2)	430 円	1,360 円	1,790 円	
第 4 段 階 (基準額)	1,079 円	1,830 円	2,909 円	



### ③ 加算について

① サービス費と②特定入所者介護サービス費の利用料に利用者の状態に応じて次の内容の加算料金をいただきます。

(1日もしくは1月につき)

加算項目	加算金額	適 用
日常生活継続支援加算 (Ⅰ)	360 円 × 負担割合	新規入所者の総数うち、要介護 4・5 の割合が 70%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 65%以上又はたんの吸引等が必要な利用者の占める割合が 15%以上であり、介護福祉士を入所者の数が 6 又はその端数を増すごとに 1 以上配置していることへの加算
看護体制加算 (Ⅰ)	40 円 × 負担割合	常勤の看護師を 1 名以上配置していることへの加算
看護体制加算 (Ⅱ)	80 円 × 負担割合	最低基準より 1 人以上上回って看護職員を配置し、看護職員により 24 時間の連絡体制を確保していることへの加算
夜勤職員配置加算 (Ⅲ) □	160 円 × 負担割合	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を 1 人以上上回っており、夜勤時間帯を通じて喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置していることへの加算
個別機能訓練加算	120 円 × 負担割合	個別機能訓練実施計画に基づいて、機能訓練指導員、看護師、介護士等で機能訓練を個別に実施することについての加算
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	1 月につき 500 円 × 負担割合	利用者ごとの A D L 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等に係る基本的な情報に加えて、利用者ごとの疾病の状況等の情報を厚生労働省に提出していることへの加算
栄養マネジメント強化加算	110 円 × 負担割合	管理栄養士を 1 名以上配置、栄養ケア計画に従い、入所者の栄養管理をするための食事の観察を定期的に行い、栄養状態、心身の状態及び嗜好等踏まえた食事の調整等実施し、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出していることへの加算
褥瘡マネジメント加算	(Ⅰ) 1 月につき 30 円 × 負担割合	褥瘡の発生と関連のあるリスクについて評価するとともに、褥瘡発生リスクが高い場合の褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡管理を実施していることへの加算
	(Ⅱ) 1 月につき 130 円 × 負担割合	(Ⅰ)に加えて、褥瘡発生リスクがあるとされた利用者について、褥瘡の発生がないことへの加算

経口移行加算		280 円 × 負担割合 (原則 180 日間・医師が必要と認める場合は延長もあります。)	医師の指示に基づいて経管（けいかん）栄養者に対し、経口移行計画に基づいて管理栄養士が経口からの食事摂取が行えるよう栄養管理を行った場合の加算
経口維持加算		(Ⅰ) 1 月につき 4,000 円 × 負担割合	著しい嚥下（えんげ）障害があり誤嚥（ごえん）が認められる利用者に、嘱託医の指示に基づいて栄養管理のための観察及び会議等で経口維持計画を作成し、経口による食事摂取を維持する為の特別な栄養管理を行うことへの加算
		(Ⅱ) 1 月につき 1,000 円 × 負担割合 (Ⅰ) に上乗せ	(Ⅰ) を算定し、経口による食事摂取維持する為の食事の観察及び会議等に嘱託医が加わっていることへの加算
療養食加算		1 食につき 60 円 × 負担割合	医師の指示に基づいて、疾病の状況に合わせた適切な食事の提供がなされた場合の加算
配置医師緊急時 対応加算	早朝・夜間 (6～8 時、18 時～22 時)	6,500 円 × 負担割合	配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間、深夜又は通常の勤務時間外に施設を訪問し診療を行なった場合の加算
	深夜 (22 時～6 時)	13,000 円 × 負担割合	
	通常勤務時間外	3,250 円 × 負担割合	
看取り介護加算Ⅱ	死亡日以前 31 日以上 45 日以下	720 円 × 負担割合	回復の見込みが無いと医師に診断された後、入所者又はその家族等の同意を得て入所者に係る計画が作成されており、医師、看護師、介護職員等が共同して家族への説明を行い同意を得て介護が行われていることへの加算
	死亡日以前 4 日以上 30 日以下	1,440 円 × 負担割合	
	死亡日の前日・ 前々日	7,800 円 × 負担割合	
	死亡日	15,800 円 × 負担割合	
協力医療機関連携加算（Ⅰ）		1 月につき 1,000 円 × 負担割合	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開催していることへの加算
高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅱ）		1 月につき 50 円 × 負担割合	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていることへの加算
新興感染症等施設療養費		2,400 円 × 負担割合 (1 月につき 連続 5 回まで)	別に厚生労働省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等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合の加算

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）イ	180 円×負担割合	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上であることへの加算
安全管理体制加算	200 円×負担割合 (入所初日に限る)	安全対策に係る外部研修を受けた当事者が配置され、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ことへの加算
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	基本サービス費に 各種加算減算を加えた総単位数の 14.0%	介護職員の処遇改善に取り組む事業者が加算要件を満たしていることへの加算

## (2) その他の加算

☆ ご利用者が入所及び入院後の再入所の場合は、入所（再入所）**30日以内の期間、上記サービス料金に1日300円が加算されます。自己負担金額は1日30円です。（初期加算）**

☆ 入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当施設の介護支援専門員等が退所後生活する居宅を訪問し、当該入所者及びその家族に対して退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについての相談援助を行った場合、1回を限度に**4,600円が加算されます。**  
1回の自己負担金額は**460円**です。（退所前訪問相談援助加算）

☆ 入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して相談援助を行った場合、1回を限度に**4,600円が加算されます。**  
1回の自己負担金額は**460円**です。（退所後訪問相談援助加算）

☆ 入所期間が1ヶ月を超えるご利用者が退所しその居宅においてサービスを利用するにあたり、退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談援助を行い、退所の日から2週間以内に管轄する市町及び老人介護支援センターに対して介護状況を示す文書を添えて居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合、1回を限度に**4,000円が加算されます。**  
1回の自己負担金額は**400円**です。（退所時相談援助加算）  
※ 他の介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養施設も同様です。

☆ 入所期間が1ヶ月を超えるご利用者が退所し居宅においてサービスを利用するにあたり、指定居宅介護支援事業所に介護状況を示す文章を添えて居宅サービスに必要な情報を提供した場合、1回を限度に**5,000円が加算されます。**  
1回の自己負担金額は**500円**です。（退所前連携加算）

☆ ご利用者が、短期入院又は外泊された場合にお支払いいただく利用料金は、次のとおりです。

ただし、1ヶ月につき6日以内の請求となります。（契約書第19条、第22条参照）

1 サービス利用料金	2, 4 6 0 円
2 自己負担金額（1割の場合）	2 4 6 円
3 自己負担金額（2割の場合）	4 9 2 円
4 自己負担金額（3割の場合）	7 3 8 円

☆ 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、ご利用者の負担金額を変更します。

☆ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金全額をいったんお支払いいただきます。要介護度の認定を受けた後、自己負担金額を除く金額が介護保険から払い戻（償還払い）されます。償還払いとなる場合、ご利用者の保険給付の申請を行うために必要な事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(3) 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6条参照）

次のサービスは、利用料金の全額がご利用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

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供した場合。

利用料金： 要した費用の実費

② 栄養補助食品

ご利用者の栄養状態に基づいて栄養補助食品を提供した場合。

利用料金： 要した費用の実費

③ 理髪・美容

理容、美容を利用した場合。

利用料金： 要した費用の実費

④ 貴重品及び預かり金管理費

施設の指定する金融機関に預け入れている預金と通帳、その印鑑、健康保険証の管理及び支払い代行等をします。

利用料金： 2,037 円／月

⑤ 持ち込み家電の電気代

テレビ、電気毛布、電気あんか等家電を持ち込み使用する場合。

利用料金： 一品 51 円／日

**⑥ 健康管理**

- a 入所時健康診断料 … 要した費用の実費
  - ・ B型肝炎検査（HBs抗原、HBs抗体）
  - ・ C型肝炎検査（HCV抗体）
  - ・ 梅毒検査（TPHA法）
  - ・ 結核検査（ツベルクリン反応、QFT検査）
  - ・ 胸部X線検査
- b 定期健康診断料 … 2回／年 無料
- c インフルエンザ予防接種 … 要した費用の実費
- d 肺炎球菌ワクチン接種料（未接種者1回） … 要した費用の実費

**⑦ 教養娯楽**

ご利用者が個別に楽しまれる手芸、書道、絵画等の材料は準備します。

利用料金： 要した費用の実費

※ 当施設でリハビリの一環としてご利用者の大多数が参加するものについては当施設が負担します。

**⑧ 移送サービス**

ご利用者より入所、退所の際、移送を希望される場合に当施設の寝台車で送迎をします。

利用料金： 片道1,874円（基本料金）

【加茂町、山野町、駅家町、御幸町、千田町、横尾町、神辺町】

上記以外の地域については、上記の地域を1km超えるごとに41円を加算します。

※ ご利用者が死亡され退所される場合のご遺体の移送はいたしません。

**⑨ 複写物の交付**

ご利用者は、介護保険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

**⑩ 日常生活上必要な諸経費**

ご利用者の日常生活に必要な物品にかかる諸経費は、ご利用者に負担いただきます。

- ・ 歯ブラシ
- ・ 化粧品
- ・ タオル
- ・ 衣類等

※ おむつ代・紙パンツ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。

**⑪ 衛生管理上必要な諸経費**

ご利用者の衛生管理に必要な物品にかかる諸経費は、ご利用者に負担いただきます。

- ・ 皮膚保護用ドレッシングテープ（10cm×10cm：41円）
- ・ 粘着伸縮ガーゼ包帯（7.5cm×10cm：9円）

**⑫ 遺体処置**

ご利用者が当園で死亡し遺体処置を行なった場合は、遺体処置料として4,000円をいただきます。

**⑬ 契約書第20条第2項に定める所定の料金**

ご利用者が、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をご負担いただきます。

利用料金： 契約書第6条の要介護度別介護保険給付費の全額とします。

ご利用者が要支援1、2と判定された場合は、要介護1の介護保険給付費の全額とします。

**(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第6条参照)**

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求します。料金は翌月の20日に指定の口座から引き落とされます。

**(5) 入所中の医療の提供について**

医療を必要とする場合は、嘱託医の診断及び指示により医療機関の受診を決定し、次の協力医療機関で治療を受けることができます。(ただし、次の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、次の医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

**① 協力医療機関**

医療機関の名称	せら医院	医療機関の名称	亀川病院
所在地	福山市加茂町下加茂 993	所在地	福山市神辺町下御領 682-1
診療科目	内科・消化器科・老年内科	診療科目	整形外科・内科・眼科・形成外科

医療機関の名称	杉原医院	医療機関の名称	フジタクリニック
所在地	福山市加茂町上加茂 405	所在地	福山市神辺町川南 3162-1
診療科目	内科	診療科目	精神科・心療内科

医療機関の名称	大田記念病院	医療機関の名称	小島病院
所在地	福山市沖野上町 3-6-28	所在地	福山市駅家町上山守 203
診療科目	脳神経外科	診療科目	内科・外科・泌尿器科

医療機関の名称	奥野皮膚科	医療機関の名称	いわた耳鼻咽喉科クリニック
所在地	福山市明治町 3-16	所在地	福山市神辺町川南 1120
診療科目	皮膚科	診療科目	耳鼻咽喉科

**② 協力歯科医院**

医療機関の名称	横山歯科医院	医療機関の名称	きだ歯科医院
所在地	福山市加茂町中野 812	所在地	福山市駅家町万能倉 942-1

## 6 施設を退所していただく場合（契約終了について）

当施設との契約では、契約が終了する期間は特に定めていません。従って、次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、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第14条参照）

### ☆ 平成27年3月31日以前から入所のご利用者

- 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1、要支援2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、ご利用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 ご利用者より退所の申し出があった場合（詳細(1)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(2)をご参照下さい。）

### ☆ 平成27年4月1日以降に入所のご利用者

- 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1、要支援2又は要介護1要介護2と判定された場合  
※ただし要介護1、要介護2の者で、当該利用者の保険者（市町村）関与のもと特例入所の要件に該当すると判断された場合は、継続入所が認められる場合がある
- 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、ご利用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 ご利用者より退所の申し出があった場合（詳細(1)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(2)をご参照下さい。）

- (1) **ご利用者からの退所の申し出（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、  
次の場合には、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。

- 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事業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所していただく場合（契約解除）（契約書第17条参照）**  
次の事項に該当する場合には、当施設から退所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**6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・財物・信用等傷つけ、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 ご利用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



- ※ **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）**  
当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次のとおりです。

① **検査入院等、短期入院の場合**

1ヶ月につき**6日以内**（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12日）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。但し、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。



## ② ①の期間を超える入院の場合

①の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び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、退院時にホームでの受け入れ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利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、所定の利用料をご負担いただきます。

## 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、当施設と再契約後入所することができますが入所を優先的にするものではありません。

### 【入院期間中の利用料金】

入院期間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きます。

なお、ご利用者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

### (3) 円滑な退所のための援助（契約書第18条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者等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次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保健施設の紹介
- 居宅介護支援事業所の紹介
- 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

※ ご利用者が退所後、在宅に戻られる場合に相談援助のためにご自宅に介護支援専門員等の職員が訪問した場合、費用として460円、退所の際に保健医療サービス又は、福祉サービス利用のために管轄する市町村又は老人介護支援センター等に介護状況の文書を添えて情報提供した場合には400円、退所に先立ってご利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業所に介護状況の文書を添えて情報提供した場合には500円をご負担いただきます。

詳細は、本重要事項説明書の11ページを参照して下さい。

## 7 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、入所契約が終了した後、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」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。

※ 入所契約時に残置物引取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23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次の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

「職名」

主任生活相談員 落岩 紀充

介護士長 鎌倉 久恵

○ 電話番号

084-972-5166

○ 受付時間

毎週 月曜日 ～ 土曜日 ※日・祝祭日は除く

午前8時30分 ～ 午後5時30分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

福山市保健福祉局 長寿社会応援部介護保険課	所在地 〒720-8501 福山市東桜町3番5号 電話番号 (084) 928-1166 FAX(084) 928-1732 受付時間 午前8時30分 ～ 午後5時15分 開庁日：土・日・祝日・年末年始(12月29日～1月3日)を除く。
広島県国民健康保険団体連合会 介護福祉課	所在地 〒730-8503 広島市中区東白島町19番49号 電話番号 (082) 554-0783 FAX(082) 511-9126 受付時間 午前8時30分 ～ 午後5時15分 ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日～1月3日を除く。
広島県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 〒732-0816 広島市南区比治山本町12番2号 電話番号 (082) 254-3419 FAX(082) 256-6161 受付時間 午前8時30分 ～ 午後5時00分 土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く。

## 9 事故発生時の対応について（契約書第24条参照）

事業者は、利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村（保険者）、契約者等に連絡を行う等の必要な措置を講じます。

## 10 個人情報の提供について（契約書第9条参照）

事業者は、ご利用者に係る介護保険サービス及び保健・福祉・医療サービスの為、各サービス提供事業者等に心身等の情報を提供できるものとします。ただし、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個人情報を正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）

## 11 なかよし会について

長期入所の皆さん全員で「なかよし会」を組織され、毎月の会費収入で誕生会の記念品の購入やお見舞いなどの慶弔給付を行うなどの親睦を図っておられます。

なお、職員はなかよし会の円滑な運営のためのお手伝いを行っています。

会費 300円／月

## 12 提供するサービスの第三者評価実施について

当施設は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

令和        年        月        日

指定介護老人福祉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。

指定介護老人福祉施設        特別養護老人ホーム        松 風 園

説明者職名 \_\_\_\_\_ 名    前 \_\_\_\_\_ 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、特別養護老人ホーム松風園の指定介護老人福祉施設サービス提供開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_ 名    前 \_\_\_\_\_ 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、特別養護老人ホーム松風園の指定介護老人福祉施設サービス提供開始に同意しました。

住        所 \_\_\_\_\_ 名    前 \_\_\_\_\_ 印

利用者との続柄 \_\_\_\_\_

※ この重要事項説明書は、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生労働省令第39号）第4条に基づき、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

## 【重要事項説明書付属文書】

### 1 施設の概要

(1) 所在地 広島県福山市加茂町字上加茂 33 番地

(2) 建物の構造 鉄筋コンクリート鋼板葺平屋根

#### (3) 建物の延べ面積

- ① 特別養護老人ホーム松風園 ..... 3,252.534 m<sup>2</sup>
- ② 老人デイサービスセンター松風園 ..... 427.931 m<sup>2</sup>

※ 当施設では、次の施設を併設して実施しております。

#### (4) 併設施設 ①

- ① 老人短期入所事業（松風園） 平成14年10月 1日指定（介護給付）  
（指令福厚第43号）  
平成18年 4月 1日指定（予防給付）  
（指令福厚第 1号）
- ② 老人デイサービスセンター松風園 平成14年10月 1日指定（介護給付）  
（指令福厚第43号）  
平成18年 4月 1日指定（予防給付）  
（指令福厚第 1号）

#### (5) 併設施設 ②

所在地 福山市加茂町字上加茂 224 番 1  
建物の構造 木造スレート葺平屋根  
建物の延べ面積 195.31 m<sup>2</sup>

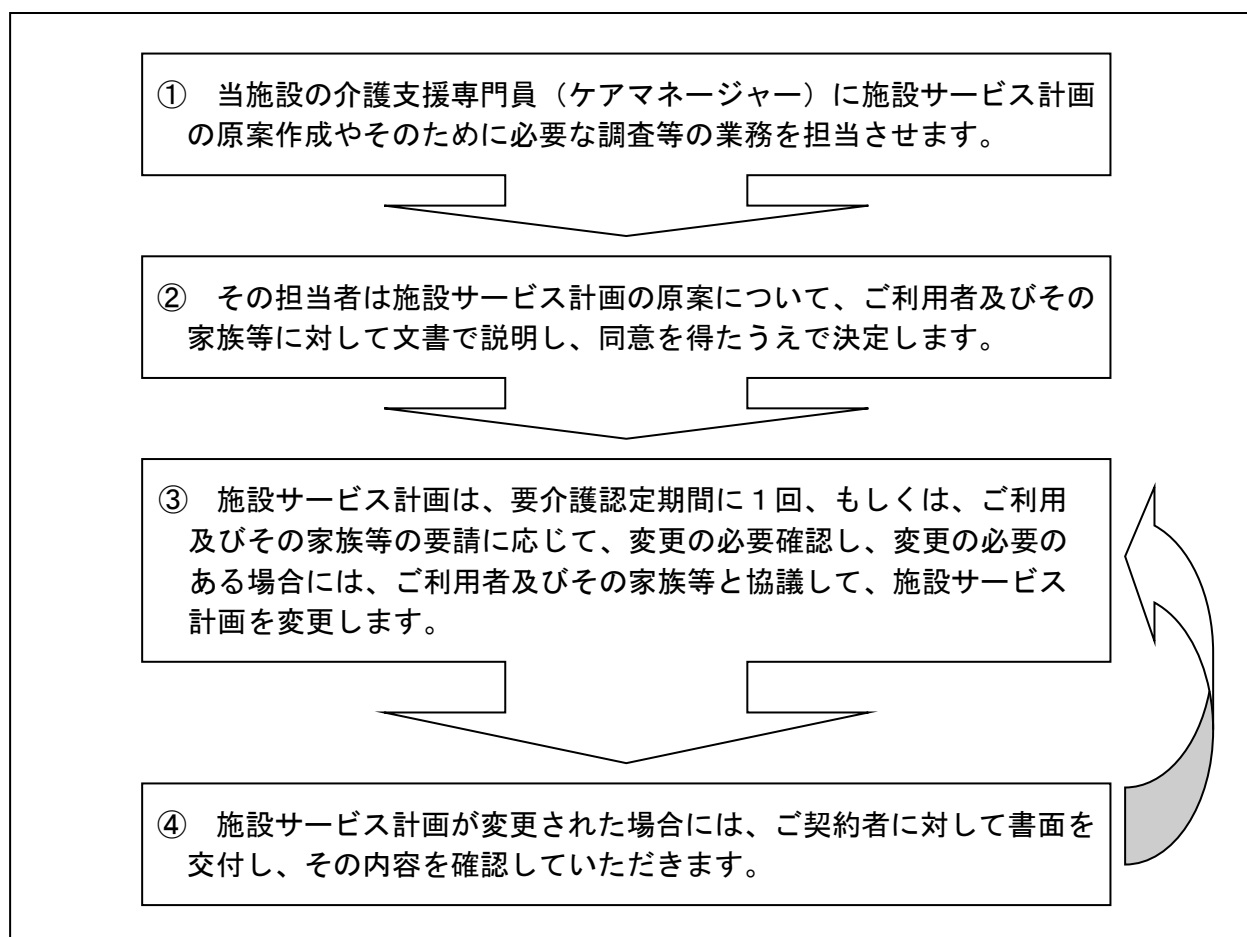
- ① 居宅介護支援事業所まつかぜ 平成11年 9月 9日指定  
（指令福セ第 7号）

## 2 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。

「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とおり行います。

（契約書第2条参照）



### 3 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、ご利用者に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、健康状態からみて施設サービスの利用が困難と思われる場合には、事業所の嘱託医または看護職員もしくは契約者のかかりつけ医と連携し、ご契約者から聴取、確認の上でサービスを実施します。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ ご利用者に対する身体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えない場合には、事前にご利用者及びご契約者へ十分な説明を行い同意を得るとともに記録をするなど、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 虐待の発生又はその再発を防止するため、定期的な研修や委員会を開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底します。
- 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。また、ご利用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。
- ⑧ 事業者が作成する機関誌、SNS等に、写真等、利用者個人を識別できる情報（個人情報）を掲載する場合には、事業者は事前にご利用者又はご契約者から文書により同意を得るものとします。
- ⑨ 疾病等の悪化により、医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断したご利用者に対し、当施設の看取りの指針を説明し、その指針に基づき看取り（ターミナルケア）を行う場合があります。看取りの開始及びその後の療養並びに介護に関する方針については、随時ご利用者及びご契約者から合意を得ながら検討します。

### 4 施設利用の留意事項

当施設のご利用者にあたって、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、次の事項をお守りください。

#### (1) 持ち込みの制限

入所にあたり持ち込まれる物品に関しては事前に施設にご相談ください。



**(2) 面会**

- 面会時間      ①   14時00分   ～   14時10分  
                  ②   14時30分   ～   14時40分  
                  ③   15時00分   ～   15時10分

- ※ 面会を希望される方は、前もって電話等で連絡を頂いた上で、面会日・時間を調整させていただきます。(連絡先電話番号：084-972-5166)
- ※ 面会者は少人数（三親等以内・2名まで）でお願いします。
- ※ 来訪者は、必ずその都度事務所前に備え付けの面会届に必要事項を記入して下さい。  
なお、飲食物の持ち込みはご遠慮ください。
- ※ 緊急の場合はこの限りではありません。

**(3) 外出・外泊（契約書第22条参照）**

- 外出、外泊をされる場合は、前日までにお申し出ください。  
但し、外泊については、1ヶ月につき連続して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ください。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)に定める食費は減免されます。

**(5) 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、敷地はその本来の用途に従って利用してください。
- 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、ご利用者の居室に立ち入り、必要な措置をと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**

- 施設内での喫煙はできません。

**5 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利用者に故意又は過失が認められる場合には、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たときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。