

重要事項説明書

(施設介護サービス利用契約書)

あなたに対する施設介護サービス提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 北海道中央病院
法人所在地	〒0740012 深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
代表者氏名	大西道祥
設立年月日	昭和27年5月30日

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム永福園
施設の所在地	〒0740012 深川市西町1番13号
施設長名	及川秀洋
電話番号	0164-22-4401
ファクシミリ番号	0164-22-4483

3 ご利用施設の種類

指定介護老人福祉施設	平成11年12月13日指定 0177400108
------------	-----------------------------

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り、居宅において生活へ復帰を念頭において、自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。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の介護を必要とし、かつ、居宅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。
施設運営の方針	当施設にあつては、法の基本理念と関係法令に基づいて運営するほか、特にご契約者に対し、医学、心理学等に基づき心身の状態に応じた適切な処遇により快適で楽しい安らかな生活を過ごされるよういたします。

5 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地	1,055.16㎡
構造	鉄筋コンクリート造陸屋根2階建(耐火建築)
延べ床面積	2,458.52㎡
物利用定員	50名

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたり面積
2人部屋	3室	48.05㎡	8.00㎡
4人部屋	11室	373.87㎡	8.49㎡

(注) 指定基準は、居室1人当たり4.95㎡(旧基準)

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂	1室	171.90㎡	3.43㎡
機能訓練室	1室	110.27㎡	2.20㎡
一般浴室	1室	53.66㎡	
機械浴室	特殊浴槽	2台	
医務室	1室	計79.96㎡	
ダイルーム	1箇所		

(注) 食堂及び機能訓練室の合算した指定基準は、1人あたり3㎡(新基準)

6 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分		常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格
		常勤	非常勤			
		専従	兼務			

施設長	1	1				1	1	社会福祉士 1名
生活相談員	1	1				1	1	社会福祉士 1名
介護職員	20	20				23	17 以上	介護福祉士 13名
看護職員	3	3						
機能訓練指導員	1			1			1以上	マッサージ師 1名
介護支援専門員	6		6			6	1以上	介護福祉士 5名 准看護師 1名
医師	1				1		必要数	診療科内科
栄養士	1	1				1	1	管理栄養士

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定労働時間数（週 40 時間）で除した数です。（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）

7 職員の勤務体制

職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）常勤で勤務	4週8休
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早番 1・2・3（7:30～16:30） ・ 中番 1・2（10:00～19:00） ・ 遅番 1・2（10:30～19:30） ・ 日勤（8:30～17:30） ・ 夜勤①（17:00～9:30） ・ 夜勤②（17:00～9:30） ・ 夜間（19:30～7:30）は、原則として職員 2 名が勤務しています。 	原則として、 4週8休
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日勤（8:30～17:30） ・ 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。また、必要に応じ中央病院からの協力も得られます。 	4週8休
機能訓練指導員	週 3 日（月・水・土曜日）、9:00～12:30 まで勤務	
介護支援専門員	上記中 6 人が兼務します。	

医 師	週 1 日（火曜日）、（14:00～15:00） その他随時	
管理栄養士	正規の勤務時間帯（9:00～18:00 常勤で勤務）	4 週 8 休

☆土日祝祭日は上記と異なります。

8 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
栄養管理	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士を配置し、ご契約者の栄養状態、健康状態に応じた栄養管理・栄養ケアマネジメントにより適切な食事を、ご契約者が希望された場所や時間で提供することもできます。 (食事時間) 朝食 7:50～8:30 又は 8:30～9:30 昼食 11:30～12:30 又は12:30～13:30 夕食 17:30～18:15 又は18:15～19:00
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ご契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> 年間を通じて週 2 回の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え整容等	<ul style="list-style-type: none"> 寝たきり防止のため出来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。 個人としての尊厳に配慮し、毎日、適切な整容が行われるよう援助をします。（洗顔、口腔ケア、整髪、爪切り、髭剃り等） シーツ交換は、週 1 回行います。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員等による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 嘱託医師により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。 また、緊急等必要な場合には併設の協力病院から医師

	<p>が直ちに派遣されるとともに、必要によっては他科医療機関等に責任をもって引継ぎます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ご契約者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 <p>(当施設の嘱託医師) 氏名：荒木明夫 診療科：内科（所属病院 北海道中央病院） 診察日：毎週火曜日 14:00～15:00</p>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> 当施設は、ご契約者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご契約者及びご家族の状況によっては、代わりに行います

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食費	<ul style="list-style-type: none"> 食費にかかる材料原価や調理費用をご負担いただきます。ただし、食費について介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、負担限度額があります
居住費	<ul style="list-style-type: none"> 居住にかかる光熱水費相当分をご負担いただきます。居住費は利用されている部屋のタイプにより料金は異なりますが、当園では「多床室（相部屋）」としての費用をご負担いただきます。ただし、居住費については介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、負担限度額があります。
理美容	<ul style="list-style-type: none"> 毎月1回理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。また、美容院の出張サービス（カット・パーマ・毛染め）も同様です。
日常生活品の購入代行	<ul style="list-style-type: none"> ご契約者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます

金銭管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は、次のとおりです。 管理する金銭の限度額：原則 500,000 円までとします。 管理する金銭等の形態：指定する金融機関の預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 お預かりするもの：上記預金通帳と通帳印 (原則として、1つ) 保管場所：通帳は、相談員室金庫で保管 印鑑は、施設長が管理 保管管理者：施設長が責任をもって管理します。 出納方法：別添の「預り金管理要領」のとおり。
------	--

9 利用料

(1) 保険給付対象のサービス利用料金 (1日あたり)

① ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(日常生活継続支援加算)	6,510 円	7,220 円	7,920 円	8,630 円	9,330 円
(夜勤職員配置加算)	220 円	220 円	220 円	220 円	220 円
(看護体制加算 I・II)	220 円	220 円	220 円	220 円	220 円
(栄養ケアマネジメント加算)	190 円	190 円	190 円	190 円	190 円
	140 円	140 円	140 円	140 円	140 円
②うち、介護保険から給付される金額	6,552 円	7,191 円	7,821 円	8,460 円	9,090 円
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	728 円	799 円	869 円	940 円	1,010 円

☆ サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

☆ 当園では「日常生活継続支援加算」、「夜勤職員配置加算」、「看護体制加算 I・II」、「栄養ケアマネジメント加算」を対象としています。

☆ 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、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ 旧措置入所者の利用負担金は激変緩和措置として国が保険給付の設定を別に定め、所得の低い方には実質的負担軽減を（市町村）別に定められます。
- ☆ ご契約者が6日間（連続して7泊）以内の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下記の通りです。初日及び最終日は通常の料金となります。

1、サービス利用料金	2,460円
2、うち、介護保険から給付される金額	2,214円
3、自己負担額（1－2）	246円

☆ 事実発生時による加算

● 福祉施設初期化加算

新規入所後30日間は初期加算として、1日300円が加算されます。30日以上入院後の再入所も同様です。

● 看取り介護加算

医師が一般的に認めた終末期に対して、施設が積極的に看取りを行い、当施設で死亡された場合、死亡前30日を限度として、死亡日以前4～30日は1日800円、死亡日の前日・前々日は1日6,800円、死亡日は12,800円が加算されます。但し、退所日の翌日から死亡日までの間は算定しません。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス料金

区 分	利 用 料
食 費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食費は1日1,380円とします。ただし、食費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載している食費の負担限度額となります。 1日負担限度額は第1段階300円、第2段階390円、第3段階650円、第4段階1,380円
居住費	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居住費は1日320円とします。ただし、居住費について保険者（市町村）から介護保険負担限度額認定※を受けている場合には、認定証に記載している居住費の負担限度額となります。 1日負担限度額は第1段階0円、第2～3段階

	320 円、第 4 段階 320 円								
日常生活品の購入代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 依頼のあった品物を購入するのに要した金額の実費 日常生活用品（ティッシュ、歯ブラシ、入歯洗浄剤等）の購入を希望した場合、又は必要と認められる範囲で介護者が購入代行します。								
理美容サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月 1 回理髪店の出張による理髪サービスをご利用いただけます。また、美容院の出張サービス（カット・パーマ・毛染め）も同様です。 理容代 <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>カット（調髪）・襟剃り・顔剃り</td> <td style="text-align: right;">2,000 円</td> </tr> <tr> <td>カット（調髪）・襟剃り</td> <td style="text-align: right;">1,800 円</td> </tr> <tr> <td>カット（丸刈）・襟剃り・顔剃り</td> <td style="text-align: right;">1,500 円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">／又は顔剃りのみ</td> <td style="text-align: right;">1,500 円</td> </tr> </table> 美容代 実費	カット（調髪）・襟剃り・顔剃り	2,000 円	カット（調髪）・襟剃り	1,800 円	カット（丸刈）・襟剃り・顔剃り	1,500 円	／又は顔剃りのみ	1,500 円
カット（調髪）・襟剃り・顔剃り	2,000 円								
カット（調髪）・襟剃り	1,800 円								
カット（丸刈）・襟剃り・顔剃り	1,500 円								
／又は顔剃りのみ	1,500 円								
金銭管理サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 金銭管理費用として 1 日 100 円（※） 								
特別な食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要した費用の実費（明らかに費用がかかる場合） 								
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・ テレビ代 1 月 500 円（※） ・ 冷蔵庫代 1 月 500 円（※） （利用者が居室に持ち込んで使用する場合にはかかりません。なお、月に 11 日以上の使用があった場合とします。） ・ 謄写物交付 1 枚 20 円（※） （記録の謄写印刷に要した場合の実費） 								

（※）の金額には別途消費税がかかります。

- ☆食費・居住費の「介護保険負担限度額」は保険者（市町村）から金額が設定されます。国が示した「基準費用額」と「負担限度額」の差額は特定介護サービス費（補足的給付）として施設が保険者から受けることとなります。（平成 17 年 10 月 1 日より）
- ☆食費・居住費の特定介護サービス費は、ご契約者の保険料段階に応じて異なります。
- ☆入院又は外泊した期間についての居住費は、居室がご契約者のために確保されている場合は、引き続きお支払いただきます。ただし、特定介護サービス費の取り扱いについては、外泊時加算（1 日 246 円）の対象期間（6 日間）のみとなります。

任者	施設長 及 川 秀 洋 責任をもって苦情処理にあたります。
第三者委員への申立	第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。 ①法人監事、②家族会代表者で構成されています。具体的氏名連絡先は別紙でお知らせ致します。

1 1 行政機関その他苦情受付機関

深川市介護保険担当課	所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2152 受付時間 8:45～17:15（土日祝祭日を除く）
国民健康保険団体連合 総務部介護保険企画・苦情係	所在地 札幌市中央区南2条14丁目 電話番号 011-231-5161 （内線6111） 受付時間 9:00～17:00（土日祝祭日を除く）
北海道福祉サービス運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 （北海道社会福祉協議会内） 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00～17:00（土日祝祭日を除く）

1 2 協力医療機関

医療機関の名称	北海道中央病院
院長名	大西 道祥
所在地	深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
診療科	内科、精神神経科

1 3 協力歯科医療機関

市内の希望される歯科医院に受診していただきます。また、希望がなければ身体能力に無理が生じない歯科医院で受診していただきます。

1 4 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム永福園 消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力	併設の北海道中央病院と、非常時の相互の応援

関係	を約束しています。また、職員の非常召集体制も法人宿舎を近隣に設け確立しています。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム永福園 消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	15個所
	避難階段	3個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	20個所	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源スプリンクラー	あり
	消火器	24個所	非常用照明	あり
	防災設備は消防法により年2回の保守点検を行います。 カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。			
	消防計画等	消防署への届出日：平成18年年4月17日 防火管理者：越 宣人		

15 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間（8:00～19:00）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申出てください。外泊については最長で月6日間（連続して7泊）とさせていただきます。
嘱託医師以外の医療機関への受診	嘱託医師以外の医療機関の受診は、その必要性によって行いますが、場合によってはご家族の協力を得ることもあります。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。飲

	酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
喧嘩・口論・暴力行為等	他の入所者に迷惑を及ぼすような喧嘩、口論、暴力行為はご遠慮願います。
所持品の管理	所持品に対する紛失（盗難を含む）については責任を負いかねますので、高価な所持品は持ち込まないようにしてください。
現金等の管理	所持されている現金の紛失には責任を負いかねますので、多額の現金所持はご遠慮ください。また、入所者同士の金銭の貸し借りはしないようにしてください。
安全衛生等の管理	本人および施設の安全衛生等に管理上の措置を講じる必要があると認められた場合は、居室等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、プライバシーの保護に十分配慮いたします。
宗教活動・政治活動・営利活動	当施設の職員や他の入居者に対する宗教活動、政治活動および営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 星野 樹子）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

平成_____年_____月_____日

ご契約者（利用者） 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者（署名代行者）住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。