

特別養護老人ホーム光風園

重要事項説明書

～基本理念～

利用者の立場で

当施設では、ご契約者に対して介護老人福祉施設サービスを提供いたします。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

目 次

1. 事業の目的及び運営の方針.....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 職員体制	2
4. サービス内容	3
5. 入院中の医療の提供について	3
6. 施設を退所していただく場合	4
7. 非常災害対策.....	5
8. 苦情の受付について.....	5
9. 感染症について	6
10. 法人の概要	6
(別表1) サービスの利用料金	
(別表2) 負担限度額の設定及び段階別料金表	
(別表3) 随時負担していただく費用	
(別表4) 介護保険の給付対象とならないサービス及び利用料金の支払い方法	

(平成28年4月1日現在)

1. 事業の目的及び運営の方針

社会福祉法人光風会が開設する特別養護老人ホーム光風園の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態になった高齢者に対し適正な指定介護老人福祉施設サービスの提供をすることを目的とする。

光風園では、入所者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービスに基づき、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援することをめざすものとする。

光風園は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

2. 事業所の概要

名称	特別養護老人ホーム光風園
所在地	〒400-0035山梨県甲州市塩山西野原603
管理者	星野 淳
介護保険指定番号	1970300016
電話番号／FAX 番号	0553-33-7511/0553-33-7513
入所定員	52名

[居室の概要]

当施設では、個室:2室、2人部屋:4室、4人部屋:13室、合計19室の居室をご用意しています。入居される主な居室は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、その旨お申し出ください。(但し、ご契約者の心身の状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

3. 職員体制

職 種	配置基準	業務内容
管理者	1	
生活相談員	1	
介護職員	17人以上	
看護師	3	
機能訓練指導員	1	
介護支援専門員	1	
栄養士(管理栄養士)	1	

4. サービス内容

当施設ではご契約者に対して下記のサービスを提供いたします。

利用料金及びお支払方法については別表をご確認ください。

【施設サービスの概要】

① 食事

●光風園では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご契約者の身体の状況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。

(食事時間) 朝食 8:00～9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:30～18:30

② 入浴

●入浴又は清拭を週2回行います。

●歩行困難な方でも、座位式特殊浴槽で入浴することができます。

●寝たきりの方でも臥床式特殊浴槽を使用して入浴することができます。

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ないます。

④ 機能訓練

●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訓練を実施します。

⑤ 健康管理

●医師や看護師・看護職員が、服薬・健康管理を行ないます。

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、自立支援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。

5. 入院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治療・入院治療を保障するものではありません。また、この医療機関での治療・入院治療を義務づけるものでもありません)

【協力医療機関】

医療機関の名称	塩山市民病院
所在地	甲州市塩山西広門田433番地の1
電話番号	0553-32-5111
診療科目	内科・外科・産科・皮膚科・耳鼻科

6. 施設を退所していただく場合

光風園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。従って下記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、仮に下記のような事項に該当するにいたった場合には、光風園との契約は終了し、ご契約者に退所していただくこととなります。

- ① 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光風園を閉鎖した場合。
- ② 施設の滅失や重大な破損毀損により、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。
- ③ 光風園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。
- ④ ご契約者から退所の申し出があった場合。(詳細は下記をご参照ください)
- ⑤ 光風園から退所の申し出。(詳細は下記をご参照ください)

(ア) ご契約者からの退所の申し出 (中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご契約者から光風園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日前までに解約届け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、光風園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 ご契約者が入院された場合。
- ③ 光風園もしくはサービス従事者が正当な理由なく本説明書に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合。
- ④ 光風園もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- ⑤ 光風園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・財産・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・財産・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、光風園が適切な対応を取らない場合。

(イ) 光風園からの申し出により退所していただく場合 (契約解除)

下記の事項に該当する場合には、光風園から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れない場合。
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により光風園又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことによって、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所した場合。

※ ご契約者が病院等に入院された場合の対応について

光風園に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、次の通りです。

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、医師・家族・施設との話し合いによる同意のもと、契約を解除する場合があります。この場合には、光風園に再び優先的に入所することはできません。

(ウ) 円滑な退所のための援助

ご契約者が光風園を退所する場合には、ご契約者の希望により、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下記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険施設等の紹介。
- ② 居宅介護支援事業者の紹介。
- ③ その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介。

7. 非常災害対策

① 災害時の対応

防災マニュアルに従い、迅速に対応いたします。

② 防火設備

消火器、非常用照明、避難誘導灯等、必要な設備は整っております。

③ 防火管理者

星野 淳

8. 苦情の受付について

① 光風園における苦情やご相談は下記の専用窓口で受け付けます。

◆ 苦情受付担当者 星野 淳

◆ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前9:00～午後17:00

また、苦情受付ボックスを1階と2階のロビーに設置しています。

② 公的機関における苦情の受付

光風園における苦情等は、下記の公的機関でも受け付けています。

◆ 甲州市役所 健康増進課 介護保険担当 TEL 0553-32-5066

◆ 山梨県国民健康保険団体連合会 TEL 055-223-9201

◆ 介護保険住所地の市町村介護保険担当窓口

9. 感染症について

季節的(11月～3月)にインフルエンザ・ノロウイルスなどの感染症が流行することがあります。当施設でもこれらの感染症の予防や、まん延の拡大には細心の注意を払っていますが、完全に予防することは困難です。空気・飛沫・接触などによるご契約者の感染に対しては、当施設での責任は負いかねますので、ご契約者、ご家族のご理解をお願いします

10. 法人の概要

法人名称	社会福祉法人光風会
代表者役職氏名	理事長 熊谷 和正
所在地	〒404-0035 山梨県甲州市塩山西野原603
設立年月日	平成3年10月23日
電話番号／FAX 番号	0553-33-7511/0553-33-7513
E-mail アドレス	houjin-honbu@koufuukai-yamanashi.or.jp
運営事業所	特別養護老人ホーム光風園 (指定介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所)
	特別養護老人ホームひかり屋形 (地域密着型介護老人福祉施設・指定短期入所生活介護事業所)
	デイサービスセンター光風園 (指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)
	デイサービスセンターひかり横丁 (指定通所介護事業所・指定介護予防通所介護事業所)
	光風園指定居宅介護支援事業所
	在宅介護支援センター光風園
	風の子保育園
	鈴宮寮(指定管理)

指定介護老人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。

平成 年 月 日

法人所在地 〒400-0035
山梨県甲州市塩山西野原603
事業者名称 社会福祉法人 光風会
代表者 理事長 熊谷 和正

説明者	職種	管理者
	氏名	星野 淳 印

私は、本書面に基づいて光風園から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービス提供に同意しました。

利用者	住所
	氏名 印

代理人	住所
	氏名 印

(別表1)

1. サービスの利用料金（1日あたり）

下記の料金表等により、①施設サービス費(1割負担)、②看護体制加算(1割負担)、③日常生活継続支援加算(1割負担)、④夜勤職員配置加算(1割負担)、⑤栄養マネジメント加算(1割負担)、⑥口腔機能維持管理加算(1割負担)、⑦介護職員処遇改善加算(1割負担)に加え、滞在費(室料・光熱水費相当分)・食費・日常生活費などをご負担いただきます。

$$\boxed{\text{①～⑦利用者負担（1割）}} + \boxed{\text{滞在費}} + \boxed{\text{食費}} + \boxed{\text{日常生活費など}}$$

① 施設サービス費

要介護度に応じて、施設サービスを受ける費用。料金は下記の表の通りです。

② 看護体制加算

当施設では、1名以上の看護師配置体制をとっているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:40円(自己負担額 4円)

③ 日常生活継続支援加算

当施設では、認知症(日常生活自立度Ⅲ以上)の方が施設利用者の60%以上を占めなお、施設利用者6人に対して介護福祉士1人以上の配置体制をとっているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:360円(自己負担額 36円)

④ 夜勤職員配置加算

夜勤を行う介護職員の人数または、夜勤の月平均勤務時間数が、最低基準を1人以上回っているため、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:130円(自己負担額 13円)

⑤ 栄養マネジメント加算

管理栄養士が、継続的に入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮し特別に計画を作成し栄養管理をした場合、1日当たり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:140円(自己負担額 14円)

⑥ 口腔機能維持管理加算

介護職員が施設利用者に対して計画的な腔口ケアを行うことができるよう、歯科医療機関の指導、助言のもとケアをおこなっていくための料金です。

料金:1ヶ月30円

⑦ 介護職員処遇改善加算

厚生労働省が定める基準に適合し全ての要件を満たす場合に料金をいただきます。

料金:保険金額の5.9%

(別表2)

2. 負担限度額の設定

施設サービス等における保険給付の見直しによって、低所得の方のサービス利用が困難にならないよう、所得に応じた負担限度額が設けられ、下記の料金表のように保険給付の対象外となる滞在費や食費の自己負担が軽減されます。(利用者負担段階の設定)なお第1～第3段階は、介護保険負担限度額認定証が必要となり、交付を受けるためには申請が必要です。また、一定以上の所得がある場合市町村の判断にて利用者負担が2割になる場合があります。

【利用者段階別料金表】

第1段階		①施設サービス費に係る自己負担	②看護体制加算	③日常生活継続支援加算	④夜勤職員配置加算	⑤栄養マネジメント加算	⑥介護職員処遇改善加算(1日分)	滞在費	食費	自己負担合計
要介護度1	個室	547 円	4 円	36 円	13 円	14 円	36	320 円	300 円	1,270 円
	多床室	547 円					36	0 円		950 円
要介護度2	個室	614 円					40	320 円		1,341 円
	多床室	614 円					40	0 円		1,021 円
要介護度3	個室	682 円					44	320 円		1,413 円
	多床室	682 円					44	0 円		1,093 円
要介護度4	個室	749 円					48	320 円		1,484 円
	多床室	749 円					48	0 円		1,164 円
要介護度5	個室	814 円					52	320 円		1,553 円
	多床室	814 円					52	0 円		1,233 円
第2段階		①施設サービス費に係る自己負担	②看護体制加算	③日常生活継続支援加算	④夜勤職員配置加算	⑤栄養マネジメント加算	⑥介護職員処遇改善加算(1日分)	滞在費	食費	自己負担合計
要介護度1	個室	547 円	4 円	36 円	13 円	14 円	36	420 円	390 円	1,460 円
	多床室	547 円					36	370 円		1,410 円
要介護度2	個室	614 円					40	420 円		1,531 円
	多床室	614 円					40	370 円		1,481 円
要介護度3	個室	682 円					44	420 円		1,603 円
	多床室	682 円					44	370 円		1,553 円
要介護度4	個室	749 円					48	420 円		1,674 円
	多床室	749 円					48	370 円		1,624 円
要介護度5	個室	814 円					52	420 円		1,743 円
	多床室	814 円					52	370 円		1,693 円

(別表2)

第3段階		①施設サービス費に係る自己負担	②看護体制加算	③日常生活継続支援加算	④夜勤職員配置加算	⑤栄養マネジメント加算	⑥介護職員処遇改善加算(1日分)	滞在費	食費	自己負担合計
要介護度1	個室	547 円	4 円	36 円	13 円	14 円	36	820 円	650 円	2,120 円
	多床室	547 円					36	370 円		1,670 円
要介護度2	個室	614 円					40	820 円		2,191 円
	多床室	614 円					40	370 円		1,741 円
要介護度3	個室	682 円					44	820 円		2,263 円
	多床室	682 円					44	370 円		1,813 円
要介護度4	個室	749 円					48	820 円		2,334 円
	多床室	749 円					48	370 円		1,884 円
要介護度5	個室	814 円					52	820 円		2,403 円
	多床室	814 円					52	370 円		1,953 円
第4段階		①施設サービス費に係る自己負担	②看護体制加算	③日常生活継続支援加算	④夜勤職員配置加算	⑤栄養マネジメント加算	⑥介護職員処遇改善加算(1日分)	滞在費	食費	自己負担合計
要介護度1	個室	547 円	4 円	36 円	13 円	14 円	36	1,190 円	1,420 円	3,260 円
	多床室	547 円					36	840 円		2,910 円
要介護度2	個室	614 円					40	1,190 円		3,331 円
	多床室	614 円					40	840 円		2,981 円
要介護度3	個室	682 円					44	1,190 円		3,403 円
	多床室	682 円					44	840 円		3,053 円
要介護度4	個室	749 円					48	1,190 円		3,474 円
	多床室	749 円					48	840 円		3,124 円
要介護度5	個室	814 円					52	1,190 円		3,543 円
	多床室	814 円					52	840 円		3,193 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、ご契約者の負担額を変更します。

※多床室・個室の選択は、利用者の身体・精神状況などに応じて変更する場合があります。

(別表3)

3. 随時負担していただく費用

① 初期加算

- ・新規入所した日から、30日以内の期間(入院・外泊期間を除く)。
 - ・30日を越えて病院へ入院し、退院後再び入所となった日から30日以内の期間。
- 上記の条件については、初期加算の対象となりますので、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:300円(自己負担額 30円)

② 入院または外泊時の費用

ご契約者が、1ヶ月に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、下記の通りです。なお、入院や外泊時において、利用者契約ベッドとして維持 されている場合は、滞在費を引き続きお支払いいただきます。

料金:2,460円(自己負担金 246円)

③ 療養食加算

医師の食事せんに基づく療養食(糖尿食・腎臓食・肝臓食・胃潰瘍食・貧血食・脾臓食・高脂血症食・痛風食・検査食)を、栄養士が管理した場合に、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:180円(自己負担額 18円)

④ 経口移行加算

現に経管栄養により食事を摂取している入居者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく管理栄養を行う場合などに、180日を限度として、1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:280円(自己負担額 28円)

⑤ 経口維持加算

経口で食事が摂取できるものの摂取機能障害を有し、誤嚥が認められる者に対し、経口維持計画を作成し、計画に従い特別な管理を行う場合などに、原則180日を限度に1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金Ⅰ:著しい誤嚥が認められる者:400円(自己負担額 40円)

料金Ⅱ:誤嚥が認められる者:100円(自己負担額 10円)

(別表3)

⑥ 看取り介護加算

医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断された方で、看取り介護に関する計画が作成され、本人又は家族の同意を得ながら、看取り介護を行った場合などに、死亡前 30 日を限度とし、また亡くなる前の期間によって、下記の料金をお支払いいただきます。

料金	・死亡日以前4～30 日	1, 440円(自己負担額 144円)
	・死亡日の前日/前々日	6, 800円(自己負担額 680円)
	・死亡日	12, 800円(自己負担額 1, 280円)

⑦ 認知症専門ケア加算

認知症介護に係る専門的な研修(認知症介護実践リーダー研修)を修了している職員が、認知症ケアの専門的技術を指導し、チームとして認知症ケアを実施する利用者に対しては、1 日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:30円(自己負担額 3円)

⑧ 若年性認知症利用者受入れ加算

初老期における認知症の方に対して、個別に担当者を定め、その者を中心に、その方の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。1日あたり下記の料金をお支払いいただきます。

料金:1, 200円(自己負担額 120円)

⑨ 退所前後訪問相談援助加算

入居者の退所に先立って、入所者が退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。

料金:4, 600円(自己負担額 460円)

⑩ 退所時相談援助加算

入居者が退所し、居宅・他の施設入所する者に対して、相談援助及び介護状況を示す文書で、情報を提供した場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。

料金:4, 000円(自己負担額 400円)

⑪ 退所前連携加算

入居者が退所し、居宅においてサービスを利用する場合、入所者の退所に先立って、居宅介護支援事業者に対して、介護状況を示す文書を添えて必要な情報を提供し、かつ居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合などに、下記の料金をお支払いいただきます。

料金:5, 000円(自己負担額 500円)

(別表4)

4. 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、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 食事

ご契約者に提供する食事に係る費用です。下記は1日あたりの料金です。

利用料金:(食材料費820円)+(調理費600円)=合計1,420円(基準費用額)

② 滞在費

ご契約者が施設利用をするために必要な、1日あたりの室料・光熱費水費相当分に係る費用です。

基準費用額 多床室360円 個室1,190円

③ 理容・美容

月に1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金:1回あたり1,500円

④ 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。

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

ご契約者の日常生活・教養娯楽に要する費用で、ご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用を、ご同意を得てから負担いただきます。

利用料金:ご契約者の状態によって(1日あたり 100円～150円)

⑥ 預り金管理費

ご契約者は、預かり金の管理やそれに係る諸経費を負担いただきます。

利用料金:月額800円

5. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに下記の方法でお支払いください。

<個人名義の指定口座への振込み>

当施設に入所するにあたって、個人名義の口座をつくりますので、その口座に振り込んで下さい。口座番号は後日お知らせします。