

特別養護老人ホーム光風園

重要事項説明書

令和6年4月1日から

～基本理念～

利用者の立場で

光風園は、ご契約者に対して指定(介護予防)短期入所生活介護による(介護予防)短期入所生活介護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とおり説明します。

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	3
4. サービス内容	3
5. 利用中の医療の提供について	4
6. 施設を退所していただく場合	4
7. 非常災害対策	5
8. 緊急時の対応	5
9. 守秘義務に関する対策	5
10. 利用者の尊厳	5
11. 身体拘束の禁止	5
12. 苦情相談窓口	5
13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	5
14. 法人の概要	6

〈サービスの利用料金〉

(別表1) 介護保険の給付対象とならないサービス・ご利用料金のお支払方法

(別表2) 料金表

社会福祉法人 光風会

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介護福祉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、入居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	〒404-0035 山梨県甲州市塩山西野原603
管 理 者	本宮 聡
介護保険指定番号	1 9 7 0 3 0 0 0 1 6
電話番号/FAX 番号	0553-33-7511 / 0553-33-7513
入 所 定 員	52名

[居室・設備]

居 室		室 数		備 考	
1人部屋		2室		従来型個室	
2人部屋		4室		多床室	
4人部屋		13室		多床室	
合 計		19室		全室トイレ・洗面台付き	
設 備					
食 堂		機能訓練室		浴室	
				医務室	

《居室の変更》

- ① ご利用者から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事業所でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。
- ② 感染症等により個室への入所の必要があると医師等が判断した者。
- ③ 著しい精神状態等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、医師等が判断した者。

3 職員体制（介護老人福祉施設と兼務）

職 種	基準配置人員	配置人員	業務内容
管 理 者	1人	1人	業務の一元的な管理
医師（嘱託医）	必要数	3人	診療、健康管理
介護支援専門員	1人	1人以上（兼務）	サービス計画の立案・管理等
生 活 相 談 員	1人	2人以上	生活上の相談等
介 護 職 員	17人	17人以上	日常介護業務
看 護 職 員	3人	3人以上	医療・健康管理業務
機能訓練指導員	1人	1人以上（兼務）	リハビリテーション・機能訓練
管 理 栄 養 士	1人	1人	栄養管理、栄養ケアマネジメント

※ 職員配置については、指定基準を遵守しています。

4 サービス内容

光風園ではご利用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。

【サービスの概要】

(1) 食事

- ① 光風園では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養ならびにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ② 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。

（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

- ① 入浴又は清拭を週2回行います。
- ② 歩行困難な方や寝たきりの方でも、特殊浴槽を使用し入浴することができます。

(3) 排泄

- ① 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ないます。

(4) 機能訓練

- ① 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

- ① 医師や看護職員が、健康管理を行ないます。

(6) その他自立への支援

- ① 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ② 生活のリズムを考え、自立支援を行うよう配慮します。
- ③ 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 利用中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療・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、下記医療機関での診察・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	公益財団法人 山梨厚生会 塩山市民病院
所在地	山梨県甲州市塩山西広門田433-1
電話番号	0553-32-5111
診療科	循環器内科、消化器内科、神経内科、内分泌内科、糖尿病・代謝内科、内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻いんこう科、婦人科

◇ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	高木歯科医院
所在地	山梨県甲州市塩山上於曾388
電話番号	0553-32-2081

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が、以下のような事由があった場合には、光風園との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご利用者様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 光風園が解散した場合、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 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
- ⑤ ご利用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)
- ⑥ 光風園から退所の申し出を行った場合(詳細は下記をご参照ください)

(1) ご利用者からの退所の申し出 (中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、ご利用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日前までに解約届出書をご提出下さい。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 光風園の運営規定の変更に同意できない場合
- ③ ご利用者が入院された場合
- ④ 光風園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

- ⑤ 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
- ⑥ 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利用者の身体・財物・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
- ⑦ 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、光風園が適切な対応をとらない場合

(2) 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）

以下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 ご利用者が、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、他の利用者等の生命・身体・財物・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所した場合。

（ご利用者が病院等に入院された場合の対応について）

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。

(3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が光風園を退所する場合には、ご利用者の希望により光風園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以下の援助をご利用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

光風園は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、取るべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上利用者及び従業者等の訓練を行います。

8 緊急時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。また、光風園は民間企業の提供する損害賠償責任保険に加入しています。賠償する可能性がある場合は、ご利用者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力頂く場合があります。

9 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

10 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため各種マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11 身体拘束の禁止

原則として、ご利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前にご利用者及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12 苦情相談窓口

※ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

- ☆ ご利用相談室 苦情解決責任者：末木 次良（事務長）
苦情受付担当者：ファム・ディン・トイ（生活相談員）
- ☆ ご利用時間 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時
- ☆ ご利用方法 電話 0553-33-7511

※ 公的機関においても、次の窓口で対応します。

- ☆ 甲州市役所 介護支援課 電話 0553-32-5066
 ☆ 山梨県国民健康保険団体連合会 電話 055-223-9201
 ☆ 介護保険住所地の市町村介護保険担当窓口

13 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実 施 の 有 無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

14 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 信利
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)
	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)
	デイサービスセンター 光風園 (指定通所介護事業・指定第1号通所事業(通所介護相当サービス))
	デイサービスセンター ひかり横丁 (指定通所介護事業・指定第1号通所事業(通所介護相当サービス))
	グループホーム ひかり長屋 (認知症対応型共同生活介護事業)
	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 (幼保連携型認定こども園事業・一時預かり事業)
	甲州市鈴宮寮 (指定管理 救護施設事業)
	花園ハイツ (無料低額宿泊事業)
	すずみや計画相談室 (指定特定相談支援事業・指定障害児相談支援事業)
	すずかけ荘・第2すずかけ荘 (共同生活援助事業)
	光風会居住支援事業所 (住宅確保要配慮者居住支援法人事業)

	山梨市立晴風園 (指定管理 養護老人ホーム事業)
	山梨県地域生活定着支援センター (地域生活定着支援センター)
	福祉有償運送事業
	登録支援機関

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基ついて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

法人所在地 〒404－0035
 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 信 利

【説明者】 職 種

氏 名

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

【利用者】 住 所

氏 名

印

【代理人】 住 所

氏 名

印

(別表1)

サービスの利用料金

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用の自己負担額と居室・食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

《基本施設サービス費(従来型個室・多床室)》

ご利用者の 要介護度	単位	1日当たりの負担金		
		1割負担の方	2割負担の方	3割負担の方
要介護1	589 単位/日	589 円	1,178 円	1,767 円
要介護2	659 単位/日	659 円	1,318 円	1,977 円
要介護3	732 単位/日	732 円	1,464 円	2,196 円
要介護4	802 単位/日	802 円	1,604 円	2,406 円
要介護5	871 単位/日	871 円	1,742 円	2,613 円

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)。償還払いとなる場合、ご利用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、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。また上記基本施設サービス費のほかに、加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

《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、ご利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(サービスごとの概要とご利用料金)

① 預り金の管理

ご契約者の希望により、預り金管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

✧ 管理する金銭の形態

施設の指定する金融機関に預けている預金、現金

✧ お預かりするもの

上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、お小遣い程度の現金

✧ 保管管理者

管理者

✧ 出納方法

- ・ 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。
- ・ 保管管理者は入出金の都度、入金記録を作成し、その写しをご利用者へ交付(2ヶ月に1回)します。

✧ ご利用料金 800円

② 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、利用者様の日常生活にかかる費用で、利用者様に同意を得てから負担していただくものがあります。おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、負担の必要はありません。

③ 理美容

理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

✧ ご利用料金 実 費 ※1500円(カットのみ)

④ インフルエンザ等感染予防対策

ご利用者及びご家族の意向を確認し、インフルエンザ等の予防接種を行います。

✧ ご利用料金 実 費

⑤ 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は実費をご負担いただきます。

《ご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り込み】

当施設に入所するにあたって、個人名義の口座(山梨県民信用組合)を作りますので、その口座に振り込んで下さい。口座番号は後日お知らせいたします。