

# 重 要 事 項 説 明 書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(茨城県指定第 0870700051 号)

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」以上と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

## 1 施設経営法人

- (1) 法 人 名 社会福祉法人 達生堂
- (2) 法人所在地 茨城県結城市大字結城 10767 番地の 19
- (3) 電話番号 0 2 9 6 - 3 2 - 0 8 8 8
- (4) 代表者氏名 理事長 多田正毅
- (5) 設立年月 昭和 6 0 年 1 1 月 2 1 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、ご利用者が、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できるように支援することを目的として、ご利用者に、日常生活を営むために必要な居室およ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。

- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム ヒューマン・ハウス
- (4) 施設の所在地 茨城県結城市大字結城 10767 番地の 19
- (5) 電話番号 0 2 9 6 - 3 2 - 0 8 8 8
- (6) 施設長（管理者）氏名 丹波 恭一

- (7) 当施設の運営方針 施設サービス計画に基づき、居宅における生活の復帰を念頭に置いて、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供します。
- 又、明るく家庭的な雰囲気の中で、地域や家族との結びつきを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者等との連携に努めます。
- (8) 開設年月日 昭和61年4月19日
- (9) 入所定員 50人

### 3 居室の概要

#### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	3室	
4人部屋	11室	
合計	14室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	〈主な設置機器〉 肋木、平行棒、ショルダーホール
浴室	2室	特殊浴室、一般浴室
医務室	1室	

- \* 上記は、厚生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施設・設備です。
- \* 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。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。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

### 4 職員の配置状況

当施設では、ご契約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、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉\*職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1 施設長（管理者）	兼務 1 名	1 名
2 介護職員	16 名	16 名
3 生活相談員	1 名	1 名
4 看護職員	2 名	2 名
5 機能訓練指導員	兼務 1 名	兼務 1 名
6 介護支援専門員	1 名	兼務 1 名
7 医師	1 名	必要数
8 管理栄養士（栄養士）	1 名	1 名

常勤換算：それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

〈主な職員の勤務体制〉

職 種	勤 務 時 間
1 医 師	毎週 水・金 曜日
2 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早番 7：00 ～ 16：00 4名 日番 9：00 ～ 18：00 1名 遅番 10：00 ～ 19：00 4名 夜間 16：30 ～ 9：30 2名
3 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日番 8：30 ～ 17：30 2名

\* 土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、ご利用者に対して以下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、

I. 利用料金が介護保険から給付される場合

II. 利用料金の全額をご契約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）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き利用者負担分を差し引きした分が介護保険から給付されます。

#### 〈サービスの概要〉

- ① 居室の提供
- ② 食事

当施設では、栄養士の立てる献立により、栄養並びにご利用者の身体の状態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。

(食事時間)

朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～

- ③ 入浴

入浴又は清拭を週2回行います。

寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。

- ④ 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。

- ⑤ 機能訓練

機能訓練指導員により、ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

- ⑥ 健康管理

医師や看護職員が、健康管理を行います。

- ⑦ 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、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。

#### 介護給付によるサービス利用料金（1日あたり）

下記の表によって、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給付費額を除いた金額（自己負担額）と居室と食事に係る自己負担額の合計をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

<従来型多床室利用>

1 日 当 り

(円)

多床室	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
基本報酬	597	668	742	813	883
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	37	37	37	37	37
看護体制加算(Ⅰ)	6	6	6	6	6
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	22	22	22	22	22
処遇改善加算(Ⅰ)	93	103	113	123	133
1 割負担合計	755	836	920	1,001	1,081
2 割負担合計	1,510	1,672	1,840	2,002	2,162
3 割負担合計	2,265	2,507	2,760	3,003	3,242

\*1 単位 10.14 円での計算のため、若干の誤差が生じます。

その他介護給付サービス加算

加 算	加 算 条 件
初期加算	利用者が新規に入所及び 1 ヶ月以上の入院後再び入所した場合 30 日間加算
入院・外泊時加算	利用者が入院及び外泊した場合 6 日を限度として加算（ただし入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。）
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合
看取り介護加算	医師の指示に基づき入所者について看取り介護を行った場合
科学的介護推進体制加算	ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し適切かつ有効にサービスを提供するために必要な情報を活用していること

(1日あたり)

加 算	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
初期加算	32 円	64 円	96 円
入院・外泊時加算	264 円	528 円	792 円
療養食加算	19 円	38 円	57 円
看取り加算			
退所日以前 31～45 日	72 円	144 円	216 円
退所日以前 4～30 日	144 円	288 円	432 円
退所日前日・前々日	680 円	1,360 円	2,040 円
退所日	1,280 円	2,560 円	3,840 円

(1月あたり)

加 算	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
科学的介護推進体制加算	45 円	90 円	135 円

(2) その他の介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条参照）

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。

実費相当額の範囲内にて負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

食事の提供 に要する費 用	通 常	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②
	1 日 1,500 円	1 日 300 円	1 日 390 円	1 日 650 円	1 日 1,360 円

② 滞在に要する費用（光熱水費及び室料（建物設備等の減価償却費等））

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額をご負担していただきます。介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日当たり）のご負担となります。

居室の提供に要する費用	通 常	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②
	1日 915円	1日 0円	1日 430円	1日 430円	1日 430円

外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられます。7日目以降は第4段階以上の者のみ1日915円。

### ③ 特別な食事

ご契約者の希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費相当額

### ④ 預り金等の管理

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。

I 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

II お預かりするもの：上記預金貯金通帳と金融機関へ届出た印鑑、年金証書

III 保管管理者：施設長

IV 出納方法：別に定める預り金規程の通りです。

V 利用料金：1か月当り 3,000円

### ⑤ 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いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただくことがあります。

### ⑥ 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。

1枚につき 20円

### ⑦ 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。

おむつ代は、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。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、指定日までに以下の方法でお支払いください。（1か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します。）

※ 希望口座より自動引落とし

#### (4) 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診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

##### ① 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人達生堂 城西病院
所在地	茨城県結城市大字結城 10745 番地の 24
診療科	内科、外科、整形外科、脳外科、眼科、皮膚科、婦人科 耳鼻科、歯科、口腔外科

## 6 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設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)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>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と判定された場合</li><li>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</li><li>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</li><li>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</li><li>⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li><li>⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）</li></ul> |
|---|

### (1) ご契約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）

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、以下の場合には、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 施設の運営規程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 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ① 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）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことになります。

- 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、その結果本契約を契約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、サービス利用料の支払いが6カ月以上遅延し、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事業者もしくは他の利用者等の生命・身体・信用等を傷つけ、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ヶ月以上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、以下の通りです。

- ① 検査入院等、短期入院の場合  
1ヵ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は、12泊）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 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院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、退院後再び施設に入所することができます。

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。当施設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また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 その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

\* 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

## 7 施設における看取り介護

当施設では、看取り介護指針に基づき、看取り介護を実施しております。

利用者が医師の診断のもと、慢性疾患と老化が進み心身が衰弱し、回復不能な状態に陥った場合、利用者及び契約者が希望される場合は、痛みや苦痛の症状の軽減に努め、穏やかで安らかな日々を過ごしていただくための精神面のケア（緩和ケア）を中心とした看取り介護の同意を得た上で、実施します。

## 8 身元引受人

契約締結に当り、身元引受人をお願いすることはありません。

但し、入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご利用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。（契約書第23条参照）

## 9 苦情の受付について（契約書第24条参照）

- (1) 当施設における苦情やご相談は、下記の専用窓口で受け入れます。

\* 苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 石塚 亜由子

\*受付時間 毎週月曜日～金曜日  
8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

\*結城市役所 介護保険担当課

所在地 結城市大字結城1447

電話番号 0296-32-1111

\*茨城県国民保健保険団体連合会

所在地 水戸市笠原町978-26

電話番号 029-301-1567

**10 事故発生時の対応について**

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、ご利用者のご家族、市町村及び利用者に係る居宅介護支援事業所等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故の状況や事故に際してとった処置については、記録を作成し、事故発生の原因究明と予防の検討を行い、再発防止に努めます。
- (3) ご利用者に補償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

**11 第三者評価の実施状況**

提供するサービスの第三者評価の実施状況について提供するサービスの第三者評価は実施していません。

令和 年 月 日

指定介護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 ヒューマン・ハウス

説明者 生活相談員 \_\_\_\_\_ 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の開始に同意しました。

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_ 印

( 続柄 )