

特別養護老人ホームたちばな園あすか

(ユニット型指定介護老人福祉施設) 重要事項説明書

お客様に対する施設サービス提供開始に当たり、厚生省令第 37 号第 4 条に基づいて、当事者がお客様に説明すべき事項は、次のとおりです。

1 事業主体に関すること

(1) 事業主体

名 称 : 社会福祉法人 ^{きょうなんかい} 杏南会

所在地 : 三重県熊野市有馬町字中曽 3466 番 1

(2) 事業主体が行っている主な事業

従来型指定介護老人福祉施設(定員 60 名)【特別養護老人ホームたちばな園】

(併設)従来型指定短期入所生活介護事業(定員 20 名)

ユニット型指定介護老人福祉施設(定員 70 名)【特別養護老人ホームたちばな園あすか】

※空床の場合、ユニット型短期入所生活介護事業利用有り。

(併設)従来型指定短期入所生活介護事業(定員 8 名)

(3) 代表者氏名

キタ イオ
理事長 喜田 育男

2 施設に関すること

(1) 施設等の種類及びその説明

ユニット型指定介護老人福祉施設「特別養護老人ホーム」

事業者番号 2471100392

※ 指定介護老人福祉施設(以下「ホーム」という。)とは、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に対し、介護福祉施設サービスを提供するホームです。入居するためには、介護保険制度における要介護認定を受けていただく必要があります。

(2) ホームの名称及び所在地等

名 称 : 特別養護老人ホームたちばな園あすか

所在地 : 三重県熊野市飛鳥町大又 250 番地

電 話 : 0597-84-1250

F A X : 0597-84-1251

〒 : 〒519-4561

(3) 交通の便

JR熊野市駅より車で約 15 分

三重交通大又バス停から徒歩約 2 分

(4) 建物の面積及び構造

○1号館延床面積 1,310.69 m²(改修建物)

鉄筋コンクリート造2階建て

○2・3号館延床面積 2,562.69 m²(新築建物)

鉄骨造3階建て

(5) 開設年月日 平成 27 年 2 月 1 日

(6) 入居定員 70 人

3 入居に関すること

(1) 入居の条件

入居は、要介護認定の結果、要介護と認定された方が対象となります。

(介護保険被保険者証をご確認ください。)

入居の場合には、重要事項説明の後、契約書を取り交わしていただきます。

(注) 当ホームは、医療機関ではありませんので、入院治療を必要とする方は入居できません。

(2) 持ち込み制限

入居にあたっては、感染症、害虫の館内持込防止等環境衛生保持のため、家具や衣類等の日常生活品の持ち込みについては、清潔な物に限らせていただきます。

(注) 居室内への持ち込みとなりますので、危険物や生き物の持ち込みはご遠慮いただきます。尚、季節によって衣類等の入れ替えをお願いすることがありますのでよろしくお願いします。

4 介護の場所

(1) 居室の概要

1 号館 2 階 個室 10 室、2 人部屋 4 室(従来型短期入所生活介護用居室)

2 号館 1 階 個室 10 室 2 階 個室 10 室 3 階 個室 10 室

3 号館 1 階 個室 10 室 2 階 個室 10 室 3 階 個室 10 室

(2) 居室の決定方法

お客様のご希望、居室の空き状況、お客様の心身等の状況、その他の状況等を踏まえ、お客様の入居していただく居室を決定させていただきます。

(3) 居室の変更

お客様が他の居室に変更をご希望される場合、他の居室の空き状況により検討しますが、ご希望に沿えない場合もありますのでご了承願います。また、お客様の心身等の状況の変化により、居室を変更させていただく場合がありますのでご了承願います。

5 職員体制(短期入所生活介護職員兼務)

(1)職員数(令和7年6月1日現在)

施設長兼事務長	1人
事務員	2人
生活相談員	1人(介護支援専門員兼務)
介護支援専門員	1人(生活相談員兼務)
介護職員	33人
介護補助職員	5人
看護職員	3人(うち1人機能訓練指導員兼務)
機能訓練指導員	1人(うち1人看護職員兼務)
栄養士	1人(盛付等補助職員兼務)
盛付等補助職員	7人(うち1人栄養士兼務)
用務員	2人
宿直員	3人
委託契約職員	
嘱託医	1人

(2)夜間の介護職員最大人数

介護職員 3人

(3)介護職員の専門資格の有無

有(介護福祉士 29人)

(4)機能訓練にかかる専門資格の有無

無(看護職員と兼務 1人)

6 認知症への対応等

(1)認知症への対応

認知症の場合もホーム内で対応しますが、お客様の状況に応じて、居室を変更する場合があります。なお、認知症になられても、拘束・抑制することはありません。ただし、やむを得ない場合を除きます。

(2)契約上の取扱い

他のお客様の生活又は健康に重大な影響を及ぼし、通常の介護方法ではこれを防止できない等、契約上の信頼関係を著しく害するような場合に限り、契約を解除する場合があります。

7 提供するサービスと費用

(1) 介護保険給付対象サービス利用料金

ア 介護サービス利用料金

要介護度 1 の場合	日額 6,700 円
要介護度 2 の場合	日額 7,400 円
要介護度 3 の場合	日額 8,150 円
要介護度 4 の場合	日額 8,860 円
要介護度 5 の場合	日額 9,550 円

次の加算を算定いたします。

- ・夜間勤務職員配置加算

夜勤時間帯において、月毎の 1 日平均夜勤職員数が、夜勤職員配置基準数に加えて常勤換算 1 人以上に相当する配置。

1 日 180 円

- ・看護体制加算 I

看護職員において常勤の看護師を 1 人以上配置。

1 日 40 円

- ・サービス提供体制強化加算

介護職員における介護福祉士の占める割合が 60%以上

1 日 180 円

- ・介護職員等処遇改善加算

1 か月の介護サービス利用料金総額の 14.0%

各種条件に該当する場合は、次の加算を算定いたします。

- ・初期加算

新規入所された場合

1 日 300 円（最大 30 日間算定）

- ・外泊・入院加算

外泊・入院された場合

1 日 2,460 円（最大 12 日間算定）

- ・療養食加算

医師の指示箋に基づく療養食を提供する必要がある場合

1 食 60 円

- ・ 若年性認知症入所者受入加算

医師により若年性認知症と診断された場合

1 日 1,200 円

- ・ 看取り介護加算

看取り介護を行った場合

他界された日以前 31 日以上 45 日以下については 1 日につき 720 円

他界された日以前 4 日以上 30 日以下については 1 日につき 1,440 円

他界された日の前日及び前々日については 1 日につき 6,800 円

他界された日については 1 日につき 12,800 円

- ・ 安全衛生対策加算

事故の発生又は再発を防止するための措置を講じている場合

1 か月 200 円（入居時に 1 回のみ算定が可）

- ・ 栄養管理基準減算

管理栄養士を配置していない場合

1 日 △140 円

以上の加算及び減算を前頁の介護サービス利用料金に加えた額の 1 割がお客様の負担となります。ただし、保険者（紀南介護保険広域連合等）発行の負担割合証に 2 割または 3 割負担とある場合には、2 割または 3 割負担となります。

イ 介護保険給付対象の主なサービス

- ・ 食事・食事の介助

食事は、栄養ならびにお客様の身体状況及び嗜好を考慮します。また、自立支援のため原則、離床して共同生活室で食事を摂っていただきますが、居室で食事を摂っていただくことも可能です。

- ・ 入浴の介助

1 週 2 回以上入浴していただきます。ただし、発熱等病状に応じ、入浴を控えて清拭等となる場合があります。

- ・ 排泄の介助

お客様の排泄の自立を促すため、おむつをはずして生活していただくよう援助いたします。また、お客様の状態に合わせた排泄の援助をいたします。ただし、寝たきり状態の場合はおむつを利用することもあります。

- ・ その他自立への支援

寝たきり防止のため、離床に配慮し、生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを励行します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助いたします。

- (2) 実費負担となる（介護給付の対象とならない）サービス
次のものは実費を負担していただきます。

居住費、食費

	(居住費)	(食 費)
第1段階	日額 880 円	日額 300 円
第2段階	日額 880 円	日額 390 円
第3-1段階	日額 1,370 円	日額 650 円
第3-2段階	日額 1,370 円	日額 1,360 円
第4段階	日額 2,066 円	日額 1,445 円

※お客様が外泊・入院等で居室を開けておく場合は、第1段階から第3-2段階のお客様は、6日目までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。ただし、入院期間中、空床の1床を短期入所生活介護に活用することに同意していただける場合は、その活用された期間のみ別途料金を支払う必要はありません。

特別な食事費	実費（希望する場合）
理美容費	実費（希望する場合）
日用品費	実費（個人専用として使用する場合）
教養娯楽費	実費（個人専用の新聞、雑誌及び趣味的活動に要する物、希望者を募り実施する旅行等の場合）
預り金管理費	日額 50 円（希望する場合）
健康管理費	実費（インフルエンザ予防接種等を希望する場合）
電気器具使用費	1 点 1 日 50 円
ケーブルテレビ端子使用料	実費（テレビを持ち込みされる場合）
その他、お客様が負担することが適当と認められる費用(実費)	

8 利用料等の変更

- (1) 介護給付対象のサービス利用料金については、介護給付費体系の変更があった場合、変更になります。

給付対象外のサービス料金については、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、事前のご説明をした上で料金を変更することがありますのでご了承ください。

- (2) 第1項による利用料等の変更を行う場合で、お客様が利用料等の変更を承諾する場合、利用料等変更に係る同意書に署名・捺印していただきます。

お客様が利用料等の変更を承諾しない場合、申し出くだされば、この契約を解約することができます。ただし、利用料等は全額自己負担となります。

9 利用者負担軽減制度

対象者の要件 市町村民税世帯非課税者であって、定められた要件の全てを満たす方のうち、その方の収入や世帯状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると認められた方（市町村にご相談ください。）

減額割合 減額割合は 1/4（利用者負担第1段階の方は 1/2）を原則とします。

10 支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、その月の月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、銀行振込、口座自動引き落としのいずれかを選んでいただきます。現金での支払は、原則不可。

11 預り金の管理

金銭・預金等の管理については、お客様ご本人で管理していただいてもかまいませんが、当ホームは一切の責任は負いません。また立替払いなどの便宜は図れません。ホームでの金銭・預金等の管理をご希望されるお客様については、「預り金管理規程」に基づき、お預かりすることができます。ご希望される場合は、「預り金管理に関する契約」を締結していただきます。この場合、管理費として 1 日あたり 50 円を頂戴します。

12 入退居

(1) 入居

お客様及びご家族に、ホーム利用についての重要事項を説明させていただきます。重要事項の説明後、契約を締結していただき入居していただきます。

ホームは、お客様について解決すべき課題を把握し、お客様の意向を踏まえた上で、サービス計画を作成します。

(2) 退居

- ・お客様の要介護認定区分が自立または要支援と認定されたとき、または被保険者資格を喪失されたとき。
- ・お客様が死亡されたとき。
- ・お客様の都合で退居されるとき。
- ・お客様が他の介護保険施設等を利用されるとき。
- ・お客様が負担すべき費用を 2 か月間滞納されたとき。
- ・お客様が、介護療養型医療施設や老人病院、精神病院に入院したとき。
- ・お客様が病院又は診療所に入院し、明らかに 3 か月以内に退院できる見込がない場合、または入院後 3 か月経過しても退院できないことが明らかになった場合、契約を終了して退居していただきます。その場合であっても入院後概ね 3 か月以内に退院すれば、退院後も再び当ホームに優先的に入居できるよう努めます。満床の場合は、入居できるまでの間、優先的に短期入所生活介護事業を利用していただけるよう努めます。

- ・お客様へのサービス提供が著しく困難と判断されるとき。
- ・ホームから契約解除の通告を受けても契約を終了しないとき。
- ・やむを得ない事情により、ホームを閉鎖又は縮小するとき。

13 ホームのサービスの特徴等

(1) 運営の方針

ホームは、少数の居室及び当該居室に近接して設けられるユニットごとにおいて、施設サービス計画に基づき、お客様の居宅における生活への復帰を念頭におき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上のお世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上のお世話を行うことにより、お客様が相互に社会的関係を築きながら、お客様がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
男性介護職員の有無	有り 一定数配置しています。
職員への研修の実施	研修計画に基づいて実施しています。
サービスマニュアルの作成	業務標準化マニュアルを作成し、活用しています。
身体的拘束	やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。
その他	サービス等については、担当者にご依頼ください。

(3) ホーム利用に当たっての留意事項

- ①面会は、午前 9 時 00 分から午後 5 時 00 分までとします。
- ②外出・外泊のご予定は、事前に担当職員までご連絡ください。
- ③外出等の際の付添、送迎はご家族でお願いします。
- ④多額の現金、高価な貴金属等はお持ちにならないようお願いします。
- ⑤飲酒については、健康管理に問題のない方に限ります。
- ⑥喫煙については、原則、全館禁煙となっています。
- ⑦所持品の持ち込みについては、清潔な物で居室に入る範囲内としてください。
- ⑧宗教活動は、ホームや他のお客様に影響のない範囲であれば、特に制限はしません。
- ⑨居室出入り口の鍵については、ご希望によりお客様自身が管理することができます。ただし、緊急時や夜間等の見回りなどお客様の状態確認等が必要な場合は、マスターキーを使用して居室に入らせていただきます。(安全上重要なため。)

14 秘密保持および個人情報の提供

お客様に施設サービスを提供する上で知り得たお客様およびご家族に関する秘密および個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。ただし、お客様のサービス計画に沿ってお客様主体の施設サービスを提供するために開催されるサービス担当者会議及び行政関係機関、他の介護保険サービス事業者、その他保健医療サービス事業者等との連絡調整において、お客様やご家族の個人情報を利用することができるものとします。

15 衛生管理等の対策

ホーム内で感染症や食中毒が発生又はまん延しないようマニュアル等を整備し、定期的に感染症予防対策委員会や給食会議を開催すると共に、職員への定期的な研修を実施します。

16 非常災害対策

- (1) 災害時は、訓練等に基づき適切に対応いたします。
- (2) 防災設備は、消防法に基づく設備を設置しています。
- (3) 防災訓練は、訓練計画に基づき定期的に実施します。
- (4) 防火管理者は、施設長 和田勇紀 です。

17 緊急時・事故発生時の対応

お客様に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに関係者への連絡等必要な措置を講じ、また、その事故の発生について、ホームに責があり、お客様若しくはそのご家族が損害を被った場合には、その損害の賠償を速やかに行なうよう努めます。ホームは万が一の事故の発生に備えて、「介護保険・社会福祉事業者総合保険」に加入しています。

18 医療機関

- (1) 医療を必要とする場合は、嘱託医師又は協力病院等において、診察を受けていただきます。
- (2) 医療機関へ定期受診する際の付添、送迎については、原則、ご家族の方でお願いします。ただし、緊急を要する場合、またはホーム内事故で生じた傷病が完治するまでの間の受診についてはホームで付添・送迎いたしますが、可能な限りご家族の方の同行をお願いします。
- (3) ホームの嘱託医と協力病院

・嘱託医

井本 泰樹医師（三重県熊野市新鹿町 669-1 井本医院）

・協力医療機関

紀南病院 南牟婁郡御浜町阿田和 4750 電話 05979-2-1333

畑中歯科 熊野市有馬町 5821-123 電話 0597-89-6611

19 サービス内容に関する相談

ホームが提供するサービスについての相談担当者は、大久保 雅史 です。ご不明な点は、なんでもおたずねください。

電話 0597-84-1250

20 苦情対応

ホーム内には、苦情対応窓口及び苦情受付箱を設置し、提供したサービスに関する苦情に適切に対応します。

- ・苦情受付窓口電話番号 0597-84-1250
- ・苦情解決責任者 施設長兼事務長 和田 勇紀
- ・苦情受付責任者 生活相談員 大久保 雅史
- ・第三者委員 監事 阪口 任紀、西垣戸 勝

施設外苦情対応窓口

- ・三重県国民健康保険団体連合会 059-222-4165
- ・三重県福祉サービス運営適正化委員会 059-224-8111

施設外苦情対応窓口（保険者）

- ・紀南介護保険広域連合 0597-89-6001
- ・紀北広域連合 0597-35-0888
- ・新宮市健康長寿課介護保険係 0735-23-3333
- ・北山村住民福祉課 0735-49-2331
- ・下北山村保健福祉課 07468-6-0015

21 第三者による評価の実施状況等

- | | |
|-------------|----|
| 第三者評価受審の有無 | 無し |
| 第三者評価受審年度 | — |
| 第三者評価機関 | — |
| 第三者評価受審済証番号 | — |

22 表示有効期間

表示有効期間は「令和 8 年 3 月 31 日」まで。

上記の重要事項について説明したことを証するため、本書2通を作成し、契約者、事業者が記名捺印のうえ、各一通を保有するものとする。

【事業者】

令和 年 月 日

事業者住所 三重県熊野市有馬町字中曽 3466 番地の 1
事業者名 社会福祉法人 杏南会
代表者氏名 理事長 喜田 育男 ⑩

契約者住所 _____

本人氏名 _____ ⑩

代筆者氏名 _____ ⑩

続 柄 _____

代筆理由 ☐ 身体的困難 ☐ 認知症 ☐ 精神障害
☐ 知的障害 ☐ その他 _____

保証人住所 _____

保証人氏名 _____ ⑩

続 柄 _____