

# ユニット型介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 桜の郷 元気 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 0873101091 号)

当施設はご利用者に対してユニット型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通り説明します。

## ◇◆目次◆◇

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| 1. 施設経営法人.....                   | 2   |
| 2. ご利用施設.....                    | 2   |
| 3. 居室の概要.....                    | 3   |
| 4. 職員の配置状況.....                  | 4   |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....        | 6   |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）..... | 1 1 |
| 7. 保証人.....                      | 1 3 |
| 8. 苦情の受付について.....                | 1 4 |
| 9. 重要事項附属文章.....                 | 1 5 |

### 附属文章

- ・施設の概要、・職員の配置状況、契約締結からサービス提供までの流れ
- ・サービス提供における事業者の義務、施設利用の留意事項
- ・個人情報の取り扱い・事故発生時の対応について・身体拘束ゼロについて
- ・感染症対策 ・ターミナルケア ・各確認事項

## 1. 施設経営法人

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 泰仁会        |
| (2) 法人所在地 | 茨城県石岡市小倉字狐原442-1  |
| (3) 電話番号  | 0299-43-0811 (代表) |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 菊地 丈夫         |
| (5) 設立年月  | 平成7年1月9日          |

## 2. ご利用施設

- |                |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類      | ユニット型介護老人福祉施設<br>指定茨城県第 0873101091 号                                                                                                                                                                                                            |
| (2) 施設の目的      | <p>ユニット型介護老人福祉施設は、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自立（自律）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（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、ユニット型介護福祉施設サービスを提供します。</p> <p>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。</p> |
| (3) 施設の名称      | 特別養護老人ホーム 桜の郷 元気                                                                                                                                                                                                                                |
| (4) 施設の所在地     | 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷231-7                                                                                                                                                                                                                              |
| (5) 電話番号       | 029-292-3900 (代表)                                                                                                                                                                                                                               |
| (6) 施設長（管理者）氏名 | 永 山 直 人                                                                                                                                                                                                                                         |
| (7) 当施設の運営方針   | 当施設の基本方針は全ての高齢者の方々の自律支援に努めていくことで誰もが住み慣れた場所で暮らし続けられるよう支援します。また可能であれば在宅復帰に努めます。これらの実現のためには、それぞれの職種の専門性を高め、多職種協働で支援してまいります。                                                                                                                        |
| (8) 開設年月       | 平成16年11月1日                                                                                                                                                                                                                                      |
| (9) 入所定員       | 70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、すべて個室となります。

| 居室・設備の種類     | 室数  | 備考            |
|--------------|-----|---------------|
| 1階居室（1人部屋）   | 30室 | ユニット型個室（洗面所付） |
| 2階居室（1人部屋）   | 40室 | ユニット型個室（洗面所付） |
| 居室合計         | 70室 |               |
| 1階 食堂・談話スペース | 3室  |               |
| 2階 食堂・談話スペース | 4室  |               |
| 地域交流スペース     | 1室  |               |
| 1階 機械浴室      | 1室  | 臥床型特殊浴槽       |
| 1階 浴室        | 2室  | 一般浴           |
| 2階 浴室        | 3室  | 一般浴           |
| 医務室          | 1室  |               |

※ 上記は、厚生省が定める基準により、ユニット型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。この施設・設備の利用にあたって、居住費（ユニット内共有スペースを含めた居室及びその利用における標準的な光・熱・水費）は、ご契約者にご負担いただきます。その他の施設・設備の利用につきましては、入居金も含め特別にご負担いただく費用はありません。

☆ 居室の変更：ご契約者（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施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

#### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対してユニット型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        | 指 定 基 準 |
|------------|---------|
| 施設長（管理者）   | 1       |
| 介護職員及び看護職員 | 3：1 以上  |
| 生活相談員      | 1 以上    |
| 機能訓練指導員    | 1 以上    |
| 介護支援専門員    | 1 以上    |
| 医 師        | 必要数     |
| 管理栄養士      | 1 以上    |

※ 常勤換算：職員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（例：週 40 時間）で除した数です。（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

※ 質の高い個別ケアを推進する観点から、ユニット型介護老人福祉施設の配置基準は、日中においてはユニット毎に常時 1 人以上の介護職員又は看護職員を、夜間及び深夜においては、2 ユニット毎に 1 人以上の介護職員又は看護職員に従事する職員として配置することが基準となっています。

<主な職種の勤務体制>

| 職 種                      | 勤 務 体 制                                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 医師（嘱託医）               | 毎週火・土曜日 13：00～15：00                                                                             |
| 2. 介護職員<br>（1つのユニットに対して） | 標準的な時間帯における配置人員<br>早番 7：00～16：00 1名<br>遅番 12：00～21：00 1名<br>夜勤 21：00～7：30 ※1名<br>※ 隣接するユニットと併せて |
| 3. 看護職員                  | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>日勤 9：00～18：00 2名                                                           |
| 4. 機能訓練指導員               | 9：00～18：00（看護師兼務）                                                                               |

## 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、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

### (1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割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、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体  
の状況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： 8：00～10：00

昼 食：12：00～14：00

夕 食：18：00～20：00

#### ③ 入 浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりの方でも機械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。
- ・ 希望に応じて訪問歯科の往診を受ける事が出来ます。また、ユニットにおいては  
一人一人の心身の状況に応じた口腔ケアを提供する他、居室の洗面台の環境  
整備を行います。

#### ⑦ 看取りへの対応

- ・ 看護職員により、24時間連絡体制を確保し、健康上の管理等を行う体制を行  
います。

- ・ 看取りに関する指針を策定するとともに、看取りに関する職員研修を行います。

#### ⑧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。

#### <サービス利用料金（１日あたり）>（契約書第７条参照）

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料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と居室と食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。（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。）

（単位：円）

|                                                                  |                                |                    |                    |                    |                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. 基本料金                                                          | 要介護度 1<br>6 7 0 単位             | 要介護度 2<br>7 4 0 単位 | 要介護度 3<br>8 1 5 単位 | 要介護度 4<br>8 8 6 単位 | 要介護度 5<br>9 5 5 単位 |
| 2. 個別機能訓練加算                                                      | 1 2 単位                         |                    |                    |                    |                    |
| 3. 看護体制加算（Ⅰ）                                                     | 4 単位                           |                    |                    |                    |                    |
| 4. 看護体制加算（Ⅱ）                                                     | 8 単位                           |                    |                    |                    |                    |
| 5. 夜勤職員配置加算（Ⅱ）                                                   | 1 8 単位                         |                    |                    |                    |                    |
| 6. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）                                               | 1 8 単位                         |                    |                    |                    |                    |
| 7. 科学的介護推進体制加算Ⅱ                                                  | 5 0 単位（一月あたり）                  |                    |                    |                    |                    |
| 8. 生産性向上推進体制加算Ⅱ                                                  | 1 0 単位（一月あたり）                  |                    |                    |                    |                    |
| 9. 療養食加算                                                         | 6 単位（1 食あたり）※対象者のみ             |                    |                    |                    |                    |
| 1 0. 日常生活継続支援加算                                                  | 4 6 単位                         |                    |                    |                    |                    |
| 1 1. 安全対策体制加算                                                    | 2 0 単位（新規入居時 1 回のみ）※対象者のみ      |                    |                    |                    |                    |
| 1 2. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）                                              | 基本サービス利用料金＋各種加算額× 1 4 %（一月あたり） |                    |                    |                    |                    |
| ※上記は 1 割負担の場合であり、2 割負担の方は上記の単位数が 2 倍になります。<br>3 割負担の方は 3 倍になります。 |                                |                    |                    |                    |                    |

☆ 介護職員等処遇改善加算は①キャリアパス（職員の知識技術の向上）への取り組み、②職員の月額賃金改善、③職場環境等改善への取り組み（入職促進、キャリアアップに向けた支援、両立支援・多様な働き方の推進、腰痛を含む心身の健康管理、生産性向上、やりがい・働きがいの醸成）の要件を満たすことで算定される加算です。

☆ 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、ご契約者が保険給付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、ご契約者の負担額を変更します。

☆ 居室と食事に係る自己負担について、負担限度額認定を受けている場合には、認定に

記載している食費の負担限度額とします。

☆ ご利用者が、短期入院又は外泊（１か月につき６日間以内）をされた場合にお支払い  
いただく１日あたりの利用料金は、下記の通りです。（契約書第２１条、２４条参照）

|                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| １． サービス利用料金 （外泊加算 2,460円＋居住費 2,066円） | 4,526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）                        | 2,312円 |

※ 当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税世帯の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。  
（短期入院又は外泊を除く入院の居住費につきましてはこの限りではありません）  
（１日あたり）

| 対 象 者                                 |                                                                | 区 分                  | 居 住 費  | 食 事 費          |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|--------|----------------|
| 生活保護受給者                               |                                                                | 利用者負担                |        |                |
| 世 帯 全<br>員 が 市<br>町 村 民<br>税 非 課<br>税 | 高齢福祉年金受給者                                                      | 段階 1                 | 880円   | 300円（おやつ費別）    |
|                                       | 課税年金収入額と非課税年金<br>収入額と合計所得金額が80<br>万円以下の方                       | 利用者負担<br>段階 2        | 880円   | 390円（おやつ費別）    |
|                                       | 課税年金収入額と合計所<br>得金額と非課税年金収入<br>※額の合計が年額 80 万円を超<br>え 120 万円未満の方 | 利用者負担<br>段階 3<br>(1) | 1,370円 | 650円（おやつ費別）    |
|                                       | 課税年金収入額と合計所<br>得金額と非課税年金収入<br>※額の合計が年額 120 万円を超<br>える方         | 利用者負担<br>段階 3<br>(2) | 1,370円 | 1,360円（おやつ費別）  |
| 上記以外の方                                |                                                                | 利用者負担<br>段階 4        | 2,066円 | 1,800円（おやつ費含む） |

（２）（１）以外のサービス（契約書第４条）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者（利用者）の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

#### ①おやつ費

ご利用者のご希望に基づいて、選択メニューでのおやつを提供します。

利用料金：午前１０時飲み物１００円（１食）

午後 ３時おやつ２００円（１食）

※ 利用者負担第4段階の方は、食事費の中におやつ費は含まれていますので、別途ご負担いただく必要はありません。但し、食事に加えて入居者が個人的な嗜好に基づいて選定し、提供されるおやつ代も含まれていることから、特別な食費として上記の費用を徴収する。

## ②理髪・美容

月に2回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2,000円（顔剃ご利用の場合は500円追加となります。）

## ③貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品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入れている預金、小口現金

○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、有価証券、年金証書、小口現金、介護保険証、介護負担限度額認定証、介護負担割合証、後期高齢者医療保険証、障害者手帳

○保管管理者：施設長 永山 直人

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

- ・ 預金の預け入れ及び引出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は、上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引出しを行います。
- ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

○利用料金：1ヶ月当たり小口現金1,000円 預金通帳等2,000円

## ④レクリエーション・行事活動

ご利用者の希望によりレクリエーションや行事活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料費等の実費をいただきます。

<主なレクリエーション行事予定>

1月：お正月

2月：節分

3月：ひなまつり

- 9月：敬老会
- 10月：秋まつり
- 12月：クリスマス会
- 1月～12月：誕生会

※ その他希望によって、お花見、遠足、一泊旅行等も実施します。

- ⑤ クラブ活動（手芸、工芸、お菓子作り、お茶会、園芸、音楽療法、生け花など）  
 ご利用者の希望によりクラブ活動に参加していただくことができます。  
 その際に係る材料費の実費を負担していただきます。

#### ⑥ 複写物の交付における費用負担

ご契約者（利用者）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10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利用者の日常生活に要する費用でご契約者（利用者）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。

|           |    |
|-----------|----|
| ティッシュボックス | 時価 |
| 電池        | 時価 |
| マスク       | 時価 |

※ おむつ代・洗濯代は、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。但し、施設内洗濯機で対応不可能な衣類等の洗濯については、別途クリーニング代をお支払いください。

#### ⑧ ご利用者の移送に係る費用（通院を除く）

ご利用者の外出・外泊時等の移送サービスを行います。

- ① 1回のご利用につき10km以内1,500円（片道）
- ② 10kmを超える場合は基本料の1,500円（片道）と10kmを超えた分（1km20円）を合わせた費用を負担いただきます。

#### ⑨ 買い物代行

買い物代行における手数料を負担いただきます。

1時間以内1,000円

#### ⑩ 特別な電気製品の使用

テレビ、ラジオ、電気毛布等の基本的な電気使用料は居住費に含まれていますが、冷蔵庫、電気ポット、こたつ、ホットカーペット等の特別な電気製品の利用については、1点につき1日あたり50円の費用を負担いただきます。

※ 品物によっては持ち込めない物もありますので、担当者にご相談ください。

### ⑪テレビのリース料

1日あたり100円

### ⑫ 契約書第22条に定める所定の料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金は1日につき、居住費2,066円を含む介護保険基本料金と合わせ、次の料金を負担いただきます。

| ご契約者の<br>要介護度 | 要介護度<br>1 | 要介護度<br>2 | 要介護度<br>3 | 要介護度<br>4 | 要介護度<br>5 |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 料 金           | 8,766円    | 9,466円    | 10,216円   | 10,686円   | 11,356円   |

※ ご利用者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合8,766円

☆ 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2か月前までにご説明します。

### (3) 利用料金のお支払方法（契約書第7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、指定の引き落とし日もしくは翌月25日頃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。)

・ 原則として口座振替にてお願いいたします。

※ 他の支払方法については協議の上決定します。

### (4) 入所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（利用者）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。)

#### 協力医療機関

|             |                 |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|
| 医療機関<br>の名称 | ① 丹野病院          | ② 立川記念病院        |
| 所 在 地       | 茨城県水戸市酒戸町仲田4887 | 茨城県笠間市八雲2-12-14 |

|             |                                              |                                               |
|-------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 診 療 科       | 内科・循環器科・小児科・外科・整形外科・泌尿器科・放射線科・リハビリテーション科・麻酔科 | 整形外科・外科・内科・形成外科<br>脳神経外科・循環器科・胃腸科<br>泌尿器科・皮膚科 |
| 医療機関<br>の名称 | ③ 水府病院                                       |                                               |
| 所在地         | 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地（赤塚駅北口地区＜ミオス内＞）                |                                               |
| 診療科         | 内科・小児科・外科・整形外科                               |                                               |

## 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期間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。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、ご契約者（利用者）に退所していただくことになります。（契約書第16条参照）

- ①要介護認定によりご契約者（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
- 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
- ③施設の滅失や重大な毀損により、ご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合
- 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
- ⑤ご契約者（利用者）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。）
- 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ください。）
- ⑦利用者が死亡した場合

- (1) ご契約者（利用者）からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第17条、第18条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者（利用者）から又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 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
- 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、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19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があります。

- ① ご契約者が、契約締結時に利用者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2か月以上遅延し、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か月を超えて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医療施設に入院した場合
- ⑥ 従業者に対して、パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の行為があった場合又は動画や録音をインターネット等に掲載行為があった場合
- ⑦ 事業所又は従業員に対して暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の迷惑行為があった場合

※ 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21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 か月につき 6 日間以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 1 2 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。

（1 日あたり 2 4 6 円と居住費の日割り額）

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 か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。但し、期間内であっても状態が改善せず医療的な対応が必要な場合はその限りではありません。又、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、入院の期間内は、居住費及び契約内容に基づいた料金の日割額をご負担いただきます。

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。この場合には、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（契約書第 2 0 条参照）

ご利用者が当施設を退所される場合には、ご利用者の希望により、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以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

○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

○居宅介護支援事業者の紹介

○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

**7. 連帯保証人・保証人（契約書第 2 6 条、第 2 7 条参照）**

契約締結にあたり、連帯保証人・保証人を立てていただきます。

保証人：入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」（保証人）になっていただきます。（契約書第 2 3 条参照）

当施設は、「残置物引取人」（保証人）に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、引渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人（保証人）にご負担いただきます。

連帯保証人：本契約に基づき契約者が事業者に対する負担する一切の債務につい

て、金30万円を限度として、契約者と連帯して保証します。

## 8. 苦情の受付について（契約書第28条参照）

### （1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付窓口（担当者）

介護支援専門員 谷 伸一郎・橋谷田 春美

生活相談員 高橋 まゆみ

#### ○受付時間 毎日8：30～17：30（原則として）

また、ご意見ボックスを施設内（1・2階エレベーター前、ショートステイユニット入口）の3か所に設置しています。

### （2）行政機関その他苦情受付機関

茨城町役場長寿福祉課      所在地 茨城県東茨城郡茨城町小堤1080番地  
電話番号029-292-1111（代表）  
直通番号029-291-8407  
FAX 029-292-6748  
受付時間 9：00～17：00

国民健康保険団体連合      所在地 茨城県水戸市笠原町978-26  
茨城県市町村会館内  
電話番号029-301-1550  
FAX 029-301-1580  
受付時間 9：00～17：00

茨城県社会福祉協議会      所在地 茨城県水戸市千波町1918  
茨城県総合福祉会館内  
電話番号 029-241-1133  
FAX 029-241-1434  
受付時間 9：00～17：00

茨城町社会福祉協議会      所在地 茨城県東茨城郡茨城町小堤1037-1  
電話番号029-292-7141（代表）  
FAX 029-292-3232  
受付時間 9：00～17：00

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造陸屋根 合金メッキ鋼板

瓦葺構造 2階建

(2) 建物の述べ床面積 5104.11㎡

#### (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[短期入所生活介護] 平成16年11月1日指定

[介護予防短期入所生活介護] 平成18年4月1日指定

茨城県指定 第0873101091号 定員10名

[通所介護] 平成16年11月1日指定

[介護予防通所介護] 平成18年4月1日指定

茨城県指定 第0873101109号 定員20名

[居宅介護支援事業] 平成16年11月1日指定

茨城県指定 第0873101117号

#### (4) 施設の周辺環境

当施設は、茨城県の計画する福祉・医療・健康増進・生きがいつくり等の機能を備えた町です。緑を保全し、周辺の風景と調和した、心安らぐユニバーサルデザインによる人にやさしいまちづくりが進められております。

### 2. 職員の配置状況

#### <配置職員の職種>

介護職員・・・・・・ ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の利用者に対して1名以上の介護職員を配置しています。

生活相談員・・・・・・ ご利用者の日常生活上の相談に応じ適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

看護職員・・・・・・ 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

機能訓練指導員・・・・・・ ご利用者の機能訓練を担当します。

看護職員が兼ねております。

介護支援専門員・・・・・・ ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。生活相談員が兼ねております。

1名の介護支援専門員を配置しています。

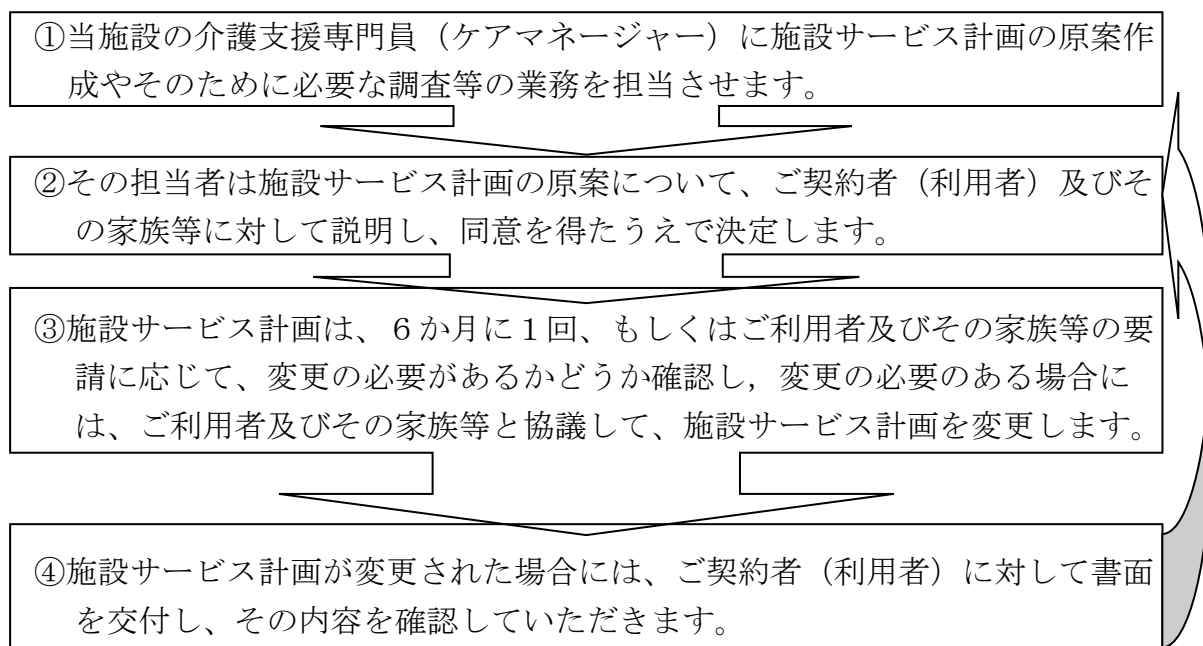
医師・・・・・・ ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

1名の医師を配置しています。

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第2条参照）



### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条，第10条参照）

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご利用者の体調，健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ③事業者は、感染症及び災害、その他緊急の事態が発生した場合にあっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築するため、事業継続計画の作成、研修の実施、定期的な訓練（シミュレーション）を行っていきます。万が一、感染症及び災害、その他の緊急事態が発生した場合には適切な措置を講じます。
- ④ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者（利用者）または保証人の請求に応じ閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご

利用者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。また、事業所は虐待の発生及び再発防止のため、委員会の設置、指針の整備、研修の実施を行っていきます。

- ⑦事業者及びサービス従事者または職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を個人情報保護法に基づき、正当な理由なく第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者（利用者）の同意を得ます。

## 5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

### （１）持ち込みの制限

入居にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

- ・衣類等
- ・日用品等
- ・日常生活するうえで必要な収納家具等

※食品の持ち込みについては、自宅で調理したもの、生もの、個包装になっていない菓子類はご遠慮いただいております。

※施設内での携帯電話の紛失、使用上の介助・トラブル、他利用者様による盗難の疑い等は管理を致しかねますのでご了承ください。原則自己管理となります。

### （２）面 会・利用料金等の手続き

- ・面会時間 8：00～19：00

※感染症流行期は面会をお控え頂くこともあります。

- ・利用料金支払い等の事務手続き 9：00～17：00

### （３）外出・外泊（契約書第24条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。但し、外泊については、最長で月6日間（複数の月にまたがる場合は12泊）とさせていただきます。（外泊日及び帰園日を除く）

### （４）食 事

食事が不要な場合には、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 5（1）別表に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

（5）施設・設備の使用上の注意（契約書第 11 条、第 12 条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者（利用者）に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ご契約に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

（6）喫 煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 6、個人情報の取り扱い

当施設において個人情報の取り扱いについては以下の通りと致します。

（1）利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

（2）使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、契約者（利用者）から請求があれば開示します。

（3）利用目的

- ①介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ②利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合

- ⑤ご利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦ 家族・身元引受人等への心身状態や生活状況の説明
- ⑧ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ⑨ 保険などの請求に係る保険会社等への相談又は届出等
- ⑩ 保険者等、行政機関や他の関係機関からの照会への回答
- ⑪ 外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑫ 介護保険審査支払機関へのレセプト請求及び介護保険審査支払機関からの照会への回答
- ⑬ ご利用者の円滑な退居のための援助を行う際の関連機関への情報提供
- ⑭介護サービスの質の向上を図る観点から、各関係機関等への情報提供
- ⑮上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

#### （４）ご利用者に関するお問い合わせへの対応

当施設では、ご利用者に関する来園や、お電話でのお問い合わせに対し、慎重に対応させて頂いており、ご利用者のプライバシーに関わる個人情報につきましては（３）の場合を除き外部に対し情報提供を致しませんが、ご利用者が施設を利用されているかどうかについてのみ、お問い合わせに対して情報提供させていただきます。お問い合わせに対し回答して欲しくない方のご指定や、情報提供範囲についてのご希望がある場合は遠慮なくお申し出下さい。

#### （５）施設内での写真の掲示及び施設報等でのお名前、写真の掲示

当施設では、外出や行事等の楽しい思い出を、参加されたご利用者に楽しんで頂くため、掲示することがあります。またご利用者のご家族、施設外の方々に施設への理解を深め、施設での様子を知っていただくため、広報誌等に写真や氏名を掲載することがあります。

施設内での写真の掲示、広報誌等への写真や氏名の掲載について希望されない場合は遠慮なくお申し出下さい。

### 7. 事故発生時の対応について

- （１）当施設では、サービスの提供により事故が発生した場合は、すみやかに契約者又はご利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じさせていただきます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録することと致します。

- （２）事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じるものと致します。

- （３）事業者は、サービス提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によ

ってご利用者に損害を与えた場合には、速やかにご利用者の損害を賠償します。

## 8、身体拘束ゼロに関して

身体拘束は人権擁護の観点から問題があるだけでなく、高齢者の QOL（生活の質）を根本から損なう危険性を有しております。

当施設において、「緊急やむを得ない場合」を除いて身体拘束を行わないという方針のもとケアを行っております。

（1）身体拘束を行わないケアを目指す。（3つの原則）

- ①身体拘束を誘発する原因を探り、除去する。
- ②五つの基本的ケアを徹底する。（起きる、食べる、排泄する、清潔にする、活動する（アクティビティ））
- ③身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をする。

## （2）緊急やむを得ない場合の対応

生命の危険があるなど「緊急やむを得ない場合」において身体拘束が必要な場合、下記の3つの要件を満たしかつご利用者本人や家族に対して、身体拘束の内要、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等をできる限り詳細に説明し同意を頂いた上でしか行いません。

- ①切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- ②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
- ③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

## 9、感染症対策について

日頃よりインフルエンザ、感染性胃腸炎（ノロウイルスなど）や新型コロナウイルスの蔓延防止のため、以下の対策に努めていきます。

- ①スタンダードプリコーション（標準予防策）の徹底に努めます。具体的には日頃よりご利用者、職員の衛生管理として手洗い、うがい、手指の消毒の厳行、居室や談話室の清潔に努めていきます。
- ②万が一、ご利用者が感染症を発症した場合は、（感染者の）個室対応、（濃厚接触者への）予防タミフルの投与（インフルエンザの場合）、医療機関等や管轄の保険所との連携を図り、健康回復、感染症拡大防止、終息に向けて取り組みます。
- ③感染症が流行る時期においては家族への情報提供を行います。状況に応じて、ご家族への面会自粛を依頼する場合がありますのでご了承ください。

## 10、ターミナルケアについて（看取り介護に関して）

施設で実践する看取り介護は、利用者が疾病或いは障害等により意思の疎通が不可能になり回復不可能な状態に陥った時に、看取りを行う場所及び治療等について本人の意思を最大限に尊重するとともに、家族の意向を尊重して行います。

看取り介護においては、医師による診断（医学的に回復の見込みのないと判断した時に積極的治療をしない状態又は生物学的に老衰状態にあると判断される場合）がされた時を場合、最期まで慣れ親しんだ施設で過ごして頂くものです。

※下記は当施設における看取り介護についての方針であり、ターミナルケア時には改めて本人やご家族へ説明させて頂きます。その際は別に同意書にて同意を頂きます。また、本人、ご家族の意向に変更が生じた場合はその内容に従います。

### ○特別養護老人ホーム 桜の郷元気 における看取りの定義

- ①看取り介護に関する基本的理念及びそれに基づくサービス提供の方針を具体的に定め、実践していきます。
- ②看取りは医師及び医療機関との連携を図り、多職種共同体制のもとで利用者及び家族の尊厳を支えるよう努めます。
- ③利用者は人道的かつ安らかな終末を迎える権利を持ち、可能な限り尊厳と安楽を保ち安らかな死を迎えられるよう全人的ケアを提供するための人員と設備の体制を整備します。

### ○看取り時に行う医療行為

- ①酸素      ②点滴      ③吸引

### ○看取り介護の実施内容

#### ①栄養と水分

看取り介護にあたっては多職種と協力し、利用者の食事・水分摂取量、尿量、浮腫の確認を行うとともに、利用者の身体状況に応じた食事の提供や好みの食事等の提供に努めます。

#### ②清 潔

利用者の身体状況に応じ可能な限り入浴や清拭を行い、清潔保持と感染症予防対策に努めます。

#### ④苦痛の緩和

#### （身体面）

利用者の身体状況に応じた安楽な体位の工夫と援助及び疼痛緩和等の処置を適切に行います。（医師の指示による緩和ケア又は、日常的ケアによる緩和ケアの実施）

(精神面)

身体機能の衰弱に伴い意識レベルの低下は、言語コミュニケーションがとれなくなり精神的苦痛を伴う場合、手を握る、体をマッサージする、寄り添う等のスキンシップによる非言語的コミュニケーションの対応に努めます。

#### ④家 族

変化していく身体状況や介護内容については、定期的に医師からの説明を行い、家族の意向に沿った適切な対応を行います。

継続的に家族の精神的援助（現状説明、相談、こまめな連絡等）を行い、カンファレンス毎に随時説明を行い家族の意向を確認し同意を得ること。また、本人、家族の希望により宗教的なかわりの援助を行います。

#### ⑤永眠時の援助

医師による永眠確認後、エンゼルケアを施行し、家族と看取り介護に携わった全職員でお別れをします。永眠後の援助として必要に応じて家族支援（ご自宅への送迎、遺留金品引渡し、荷物の整理、相談対応等）を行います。

### 1 1．損害賠償について（契約書第13条、第14条、第15条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

### 1 2．提供するサービスの第三者評価の実施状況等

|    |    |             |    |    |
|----|----|-------------|----|----|
| あり | なし | 実施した年月日     |    |    |
|    |    | 実施した評価機関の名称 |    |    |
|    |    | 当該結果の開示状況   | あり | なし |

### 1 3、確認事項

#### ①インフルエンザの予防接種について

当施設ではインフルエンザの蔓延防止の為、毎年、ご利用者のインフルエンザの予防接種を推奨しております。

##### ●施設でのインフルエンザの予防接種に関して

☐希望する

☐希望しない

※上記希望については退居日まで有効とさせていただきます。希望内容に変更が生じた場合はその内容に従います。

#### ②個人情報に関して（重要事項文章 6 参照）

個人情報の取り扱いについて下記内容について事前に承諾を頂きます。

##### ●広報誌への写真の掲載について

☐承諾する

☐承諾しない

#### ③救急搬送先での延命治療の希望について

##### ●搬送先の医師へ延命（人工呼吸器、心臓マッサージ等）を

☐希望します

☐希望しません

ユニット型介護老人福祉施設サービスの提供に際し、ご契約者（利用者）に対して、  
契約書及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

事業者 社会福祉法人 泰仁会  
特別養護老人ホーム 桜の郷 元気  
所在地 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷 2 3 1-7  
代表者 理事長 菊 地 丈 夫  
施設長 永 山 直 人 印

説明者 所 属 特別養護老人ホーム 桜の郷 元気  
職 名  
氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利 用 者 \_\_\_\_\_ 印

契 約 者 住 所 \_\_\_\_\_  
続 柄 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保 証 人 住 所 \_\_\_\_\_  
続 柄 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
続 柄 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印