

特別養護老人ホーム きびハイツ

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〉
(岡山県指定 第3372100374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致します。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ご説明いたします。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

目 次

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 損害賠償について
7. 施設を退所して頂く場合（契約の終了について）
8. 身元引受人
9. 苦情の受付について

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人アミカル |
| (2) 法人所在地 | 岡山県倉敷市玉島1275-1 |
| (3) 電話番号 | 086-526-8827 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 西山剛史 |
| (5) 設立年月日 | 昭和55年7月7日 |

2. ご利用施設

- | | |
|--------------|---|
| (1) 施設の種別 | ユニット型指定介護老人福祉施設
平成16年10月1日指定
岡山県 第3372100374号 |
| (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、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及び共用施設等をご利用頂き、介護老人福祉施設サービスを提供致します。
当施設では、心身に著しい障害があり常時介護を必要とし、居宅では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 きびハイツ |
| (4) 施設の所在地 | 岡山県加賀郡吉備中央町上野1883-5 |
| (5) 電話番号 | 0866-56-6677 |
| (6) 施設長氏名 | 若林健治 |
| (7) 当施設の運営方針 | 「礼儀正しく清潔に言葉づかいは丁寧に」「忘れまい明るい笑顔と優しい心」をモットーに日々の接遇に取り組んでいく、また、ご利用者個々のニーズに合わせた処遇を提供し、残存機能の活性化を図る。ご利用者一人一人が安心して生活できるような施設作りを目指す。 |
| (8) 開設年月日 | 平成16年10月1日 |
| (9) 入所定員 | 90名 |

3. 居室の概要

居室等の概要

当施設では以下の居室、設備を用意しております。10の居室を1つの生活単位（ユニット）としています。居室は個室となっております。

※居室の変更：ご契約者から居室の変更の希望の申し出があった場合には、居室の空き状況により施設でその可否を決定致します。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。

居室・設備の種類		室数	備考
ユニット部分	個室（トイレ付き）	80室	
	個室（共同トイレ）	10室	
	共同生活室	9室	食堂含む
	洗面設備		各居室に有り
	トイレ	1~3室	共同トイレがユニット内に有り
浴室		7室	一般浴・特浴・車椅子浴
医務室		1室	
調理室		1室	
洗濯室		6室	
汚物処理室		5室	
介護材料室		2室	

※ 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護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・設備のご利用に当たって、ご契約者には居室の利用料をご負担していただきます。（5. 当施設が提供するサービスと利用料金参照）

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老人福祉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おります。

<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おります。

職種	実人員		指定基準
	常勤	非常勤	
1. 施設長	1名	—	1名
2. 生活相談員	名	—	1名以上
3. 介護職員	常勤換算	名	31名以上
4. 看護職員	常勤換算	名	3名以上
5. 介護支援専門員	名	—	1名以上
6. 機能訓練指導員	常勤換算	名	1名以上
7. 医師	—	1名	1名
8. 管理栄養士	名	—	1名以上

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 介 護 職 員	早早出・早出・日勤・遅出・遅遅出・夜勤（5人体制）
2. 看 護 職 員	早出・日勤・遅出・夜間自宅待機
3. 医 師	嘱託医／週1回

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供いたします。

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契約者に負担して頂く場合 |
|---|

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

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 食 事

- ・当施設では、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いたします。
- ・ご契約者の自立支援のため離床し、ユニット内の共同生活室にて他の入居者の方と共に食事をとって頂くことを原則としております。

(食事時間)・朝 食 —— 8:00～
 ・昼 食 —— 12:00～
 ・夕 食 —— 18:00～

②入 浴

下記の日程で入浴を行っております。

- ・一般浴 (立位)
 - ・車椅子浴 (座位)
 - ・特別浴 (寝台)
- 利用回数 週2回以上

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います。

④機能訓練

- ・ご契約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又はその減退を防止するための訓練を実施いたします。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるだけ離床に努めます。
- ・口腔清潔を保つため食後にうがい、歯磨きの援助をいたします。
- ・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いたします。

<サービス利用料金>※1日あたり

下記の料金表によって、ご契約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費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い頂くこととなります。サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。

サービス利用料の自己負担額は、介護保険負担割合証の記載内容により1割負担または2割負担、3割負担となります。下記の自己負担額（③）は1割負担額で表示しています。

①ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護1 7,480円	要介護2 8,180円	要介護3 8,930円	要介護4 9,640円	要介護5 10,330円
②うち、介護保険から給付される金額	6,732円	7,362円	8,037円	8,676円	9,297円
③サービス利用に係る自己負担額（1-2）	748円	818円	893円	964円	1,033円
④居室に係る自己負担額	2,006円				
⑤食事に係る自己負担額	1,445円				
自己負担額合計 （③+④+⑤）	4,199円	4,269円	4,344円	4,415円	4,484円

※サービス利用料金にはサービス提供体制強化加算（1日22円）、看護体制加算（1日12円）、個別機能訓練体制加算Ⅰ（1日12円）、夜勤職員配置加算（1日21円）

栄養マネジメント強化加算（1日11円）を含んだ料金を記載しております。

※科学的介護推進体制加算：上記表の自己負担額合計に加え、1ヶ月に50円を別途ご負担いただきます。

※個別機能訓練体制加算Ⅱ：上記表の自己負担額合計に加え、1ヶ月に20円を別途ご負担いただきます。

※介護職員処遇改善加算：上記表の自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（1ヶ月分）に8.3%を乗じた額を別途ご負担いただきます。

※介護職員等特定処遇改善加算：上記表の自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（1ヶ月分）に2.7%を乗じた額を別途ご負担いただきます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算：上記表の自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（1ヶ月分）に1.6%を乗じた額を別途ご負担いただきます。

※ご契約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一旦お支払い頂きます。要介護認定を受けた後、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」を交付いたします。

※介護保険からの給付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いたします。

※居室と食事に係る費用について、介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※部屋代を変更するときはあらかじめ、ご契約者又はご家族に対し、変更後の費用の額について説明を行います。

※施設入居中の入院・外泊等に伴う部屋代については、その日数に応じた費用の額を自己負担して頂きます。（※介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合でも、7日目以降は1日あたり2,006円の料金となります。）

※入院中、ご契約者の空きベッドを空床型ショートステイとして使用する場合があります。空床型ショートステイとして使用した日数分の部屋代は請求致しません。

<サービス加算>

- * 入院（外泊）の際、上記の自己負担は掛かりません（居住費は除く）が、入院（外泊）の翌日から6日間は1日246円の外泊加算が掛かります。（複数の月にまたがる場合は、最大12日間）
- * 新入所日及び30日以上入院、退院日から30日間は1日30円の初期加算が掛かります。
- * 医師の指示による食事箋に基づき、療養食を提供した場合は、1回6円の療養食加算が掛かります。
- * 褥瘡マネジメント加算として1ヶ月に3円掛かります。
- * 排泄支援加算として1ヶ月に10円掛かります。
- * 看取り介護加算として看取り開始時より、死亡日45日前から31日前までは1日72円、死亡日30日前から4日前までは1日144円、死亡日前々日から前日までは1日680円、死亡日には1日1,280円を別途ご負担いただきます。
- * サービス提供体制強化加算として1日22円掛かります。
- * 看護体制加算として1日12円掛かります。
- * 個別機能訓練体制加算Ⅰとして1日12円掛かります。
- * 夜勤職員配置加算として1日21円掛かります。
- * 栄養マネジメント強化加算として1日11円掛かります。
- * 科学的介護推進体制加算として1ヶ月50円掛かります。
- * 個別機能訓練体制加算Ⅱとして1ヶ月20円掛かります。
- * 介護職員処遇改善加算として自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（1ヶ月分）の8.3%を乗じた額を別途ご負担いただきます。
- * 介護職員等特定処遇改善加算として自己負担額合計に加え、介護サービス費（③）の総単位数（1ヶ月分）の2.7%を乗じた額を別途ご負担いただきます。
- * 経口維持加算として特別な管理がある場合に1日28円（180日間）掛かります。
- * 経口移行加算として医師の指示に基づき、経管栄養から経口摂取への移行が行われている場合は1日28円（180日間）別途ご負担掛かります。

◇ 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は、施設利用の居住費・食費の負担が軽減されます。

負担区分	所得段階の認定要件	配偶者の有無	資産要件	食費		居住費
				特養	ショートステイ	
第1段階	生活保護受給者	有	2,000万円以下	300円	300円	820円
		無	1,000万円以下			
第2段階	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下	有	1,650万円以下	390円	600円	820円
		無	650万円以下			
第3段階①	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下	有	1,550万円以下	650円	1000円	1310円
		無	550万円以下			
第3段階②	市町村民税非課税で、本人の年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超	有	1,500万円以下	1360円	1300円	
		無	500万円以下			
第4段階	上記以外の方	関係なし		1,445円	2006円	

(2) (1) 以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①理美容サービス

利用料金：実費負担

②クラブ活動

絵画、華道、手芸等のクラブ活動を行います。

利用料金：受講料無料 ※ただし、材料費などの実費は頂くことになります。

主なレクリエーション行事予定

月	予 定 行 事	月	予 定 行 事
1	お正月・福笑い	7	納涼ランチ
2	豆まき	8	そうめん流し
3	ひな祭り	9	敬老会
4	お花見	10	運動会
5		11	餅つき、紅葉狩り
6	きびハイツカフェ	12	クリスマス会

☆随時おたのしみ外出（施設外一日旅行）

③日常必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等で、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に頂くことが適当であるものにかかる費用をご負担頂きます。（別紙参照）

例) 衣類、歯ブラシ、歯磨き粉、筆記用具、ティッシュペーパー等

④施設、設備利用に関する費用負担

◎電気代： 55 円／1 日（ご契約者の持ち込む電化製品一品につき）

◎喫茶代： 飲み物 25 円／1 回 ・ お菓子 25 円／1 回

⑤ご契約者が、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実際に居室を明け渡された日までに係る料金は、介護度に応じた実費負担分（介護報酬規定による料金 10 割）を頂くことになります。

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頂きます。

介護保険給付対象外サービスについて、経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、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理由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、以下の方法でお支払い頂きます。（1 ヶ月に満たない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。）

(1) ご本人様名義の銀行口座通帳をお預かりさせていただいての施設管理

ご利用できる金融機関：中国銀行

(2) 窓口での現金払い（日曜日及び 17:00 以降は金銭の取り扱いができません）

(3) きびハイツ口座への直接振り込み

(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。（ただし、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。）

医療機関の名称	所在地	診療科
プライムホスピタル玉島	倉敷市玉島 750-1	整形外科・内科・脳外科・麻酔科・理学診療科・外科・歯科・泌尿器科・放射線科・耳鼻咽喉科・眼科
吉備高原医療リハビリテーションセンター	加賀郡吉備中央町吉川 7511	神経内科・アレルギー科・整形外科リハビリテーション科・泌尿器科・歯科
岡山医療センター	岡山市田益 1711-1	内科・精神科・神経内科・呼吸器科 消化器科・循環器科・外科・整形外科 形成外科・脳神経外科・呼吸器外科 心臓血管外科・皮膚科・アレルギー科 泌尿器科

川崎医科大学付属 川崎病院	岡山市中山下 2-6-1	外科・整形外科・皮膚科・眼科・内科 呼吸器科・小児科・循環器科・外科 麻酔科・婦人科・形成外科・胃腸科 神経内科・消化器科・泌尿器科・脳外科 放射線科・リハビリテーション科・精神科 耳鼻咽喉科・心療内科・肛門科
------------------	--------------	--

(5) 緊急時及び事故発生時の対応について

入所中のご契約者の身体に著しい状態の変化が生じた場合、応急処置をし、その後必要な処置及び受診（協力病院）を行い、家族へ連絡し直接病院へ向かっていただきます。付き添い職員が経緯の説明を行ないますので、その後の受診付き添いについては家族の方をお願い致します。

なお、事故発生時には必要に応じて市町村及び県へ報告を致します。

6. 損害賠償について

① 当施設において、事業所の責任によりご契約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。但し、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご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時に限り、事業者の賠償責任を減じる場合があります。

当施設は、万が一の事故の発生に備えて、損害賠償責任保険に加入しています。

② ご契約者が施設・設備・備品等を故意又は重大な過失により滅失・破損し、通常の保守管理の程度を超える補修等が必要となった場合、その費用はご契約者に負担して頂きます。

7. 施設を退所して頂く場合（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日は特に定めておりません。従って、以下のような理由がない限り、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、ご契約者に退所して頂くこととなります。

- ① 要介護認定により、契約者の心身の状況が自立または要支援1、もしくは要支援2と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない理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、ご契約者に対するサービスの提供が不可能となった場合。
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- 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）
- 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）

(1) 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日前までに解約届け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、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ご契約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契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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他の利用者がご契約者の身体・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頂く場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所して頂くことがあります。

- 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等について、故意にこれを告げず、また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6ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合。
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。
- ④ご契約者が連続して3ヶ月以上病院また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院した場合。

※ご契約者が病院等に入院された場合の対応について

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ヶ月につき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。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担頂きます。

《②3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、契約を解除することがあります。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

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、お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提供者の紹介

8. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、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）を契約者自身が引き取れない場合に備えて「残置物引取人」を定めて頂きます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引き取って頂きます。

また、引き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にご負担頂きます。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

9. 連帯保証人

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額200万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者との契約が終了した時に確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

10. 苦情の受付について

(1) 当施設による苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

◎苦情相談窓口（担当者）

<施設長> 若林 健治

<生活相談員> 赤木 敏行 川上 彩

<第三者委員> 片山 俊平 加賀郡吉備中央町下土井 128-11 TEL : 0867-35-0013
日名 多津子 加賀郡吉備中央町美原 565 TEL : 0867-35-0265

◎受付時間 毎週月曜日～土曜日
8 : 30～17 : 30

◎苦情処理の流れ

苦情申出人 ⇒ 生活相談員 ⇒ 施設長 ⇒ 第三者委員

- ① 受付
- ② 報告
- ③ 解決に向けての話し合い
- ④ 解決の記録・報告

(2) 行政機関その他苦情受付機関

吉備中央町 福祉課	加賀郡吉備中央町豊野 1-2 TEL : 0866-54-1317
国民健康保険団体連合会	岡山市桑田町 17-5 TEL : 086-223-8811
岡山県社会福祉協議会	岡山市南方 2丁目 13-1 TEL : 086-226-9400

令和 年 月 日

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。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム きびハイツ

説明者職名 _____ 氏名 _____ ⑩

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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者氏名 _____ ⑩

家族代表者住所 _____

家族代表者氏名 _____ ⑩ (続柄: _____)

※この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号第 4 条の規定に基づき、入所申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。