

「特別養護老人ホーム富士見園」重要事項説明書
(ユニット型指定介護老人福祉施設)

当施設は入居者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。事業所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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3～5」と認定された方が対象となります。但し、「要介護1又は2」であっても特例入所の要件に該当すると認められた場合は対象となります。

◇◆目次◆◇

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. 施設の経営法人 | 2 |
| 2. 施設の概要 | 2 |
| 3. 居室等の設備 | 2 |
| 4. 職員の配置状況 | 3 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 6. 入居者の医療の提供について | 9 |
| 7. 施設を退居していただく場合（契約の終了について） | 9 |
| 8. 施設設備原状回復の義務 | 11 |
| 9. 残置物引取について | 11 |
| 10. 入居者の記録や情報の管理、開示について | 11 |
| 11. ご面会について | 11 |
| 12. 緊急時等における対応 | 11 |
| 13. 非常災害時等における対応 | 12 |
| 14. 秘密の保持 | 12 |
| 15. 身体拘束の原則禁止 | 12 |
| 16. 虐待防止の措置 | 12 |
| 17. 事故発生時の対応 | 12 |
| 18. 苦情の受付について | 13 |
| 19. 入居者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等 | 13 |

社会福祉法人稚内福祉会

特別養護老人ホーム富士見園

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(指定 第0176700938号)

1. 施設の経営法人

| | |
|-----------|----------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 稚内福祉会 |
| 所 在 地 | 北海道稚内市富士見5丁目1178番地の1 |
| 電 話 番 号 | 0162-28-1060 |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長 梅村 俊範 |
| 設 立 年 月 | 平成元年3月1日 |

2. 施設の概要

| | |
|-----------------|--|
| 種 類 | ユニット型指定介護老人福祉施設 平成26年3月28日指定(北海道 第0176700938号) |
| 目 的 | 老人福祉法第20条の5に定める特別養護老人ホームで、介護保険法第86条に基づき指定された介護老人福祉施設です。認定の結果要介護と認定を受けた方で、自宅での介護を受けることのできない高齢者が入居し、日常生活に必要なサービスを行うことを目的とした施設です。 |
| 入 居 対 象 者 | 要介護3～要介護5 ※但し、「要介護1又は2」であっても特例入所の要件に該当すると認められた場合は対象となります。 |
| 名 称 | 特別養護老人ホーム富士見園 |
| 所 在 地 | 北海道稚内市富士見5丁目1178番地の1 |
| 電話／FAX 番号 | 0162-28-1011／0162-28-1012 |
| E-Mail アドレス | unit-fujimien@road.ocn.ne.jp |
| 施設長(管理者) | 濱塚 泰昌 |
| 運 営 方 針 | 入居者が居宅における生活と連続したものとなるよう配慮し、入居者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します。 |
| 開 設 年 月 | 平成26年4月1日 |
| 利 用 定 員 | 40名 |
| ユ ニ ッ ツ 数 | 4ユニット |
| ユ ニ ッ ツ 入 居 定 員 | 10名(1ユニット) |
| 隣接している 事 業 所 | ・従来型指定介護老人福祉施設 (平成21年4月1日指定) 北海道 第0176700755号 ・指定介護予防短期及び指定短期入所生活介護 (平成21年4月1日指定) 北海道 第0176700755号 ・指定身体障がい者短期入所生活介護 (平成21年4月1日指定) 北海道 第0116700485号 |

3. 居室等の設備

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室、設備をご用意させていただいております。

| 施設設備の種類 | 室数及び箇所数 | 備 考 |
|-----------|---------|---------------|
| ユニット型個室 | 40 | |
| 共 同 生 活 室 | 4 | |
| 洗 面 所 | 40 | 各居室設備 |
| 便 所 | 44 | 各居室設備及び共有スペース |
| 浴 室 | 6 | 個別浴室4室・特殊浴室2室 |
| 相 談 室 | 1 | |
| 医 務 室 | 1 | |

(2) 居室に関する特記事項

居室には、トイレ・洗面台、電動ベッド等を完備しております。

ダイニングその他共用スペースはご自由にご利用いただけます。

各ユニットに個浴型介護浴室、2ユニットに1台車椅子式特殊浴槽を完備しております。

4. 職員の配置状況

当施設では、サービスの提供にあたり、次の職種の職員を配置しています。

| 職種 | 員数 |
|----------------------|------|
| 1. 施設長 | 1人 |
| 2. 医師(嘱託) | 1人 |
| 3. 生活相談員 | 1人以上 |
| 4. 介護員 | 1人以上 |
| 5. 介助員 | 1人 |
| 6. 看護師(機能訓練指導員兼務1名含) | 2人以上 |
| 7. 機能訓練指導員(看護師兼務) | 1人 |
| 8. 介護支援専門員 | 1人以上 |
| 9. 調理員 | 1人以上 |
| 10. 技術員 | 1人 |
| 11. 事務員 | 1人以上 |

＜主な職種の勤務体制＞

| 職種 | 勤務体制 |
|-----------------|---|
| 1. 医師 | 毎週水曜日 午前10:00～正午 |
| 2. 介護員 | 【早番1】午前 6:45～午後 3:30 【早番2】午前 7:45～午後 4:30 【日勤1】午前 8:45～午後 5:30 【日勤2】午前 9:45～午後 6:30 【遅番1】午前10:15～午後 7:00 【遅番2】午前11:15～午後 8:00 【遅番3】午後 1:15～午後10:00 【夜勤】午後10:00～午前 6:45 |
| 3. 看護師及び機能訓練指導員 | 【日勤】午前 8:45～午後 5:30 【遅番】午前 9:45～午後 6:30 |
| 4. 生活相談員 | 【日勤】午前 8:45～午後 5:30 |
| 5. 介護支援専門員 | 【日勤】午前 8:45～午後 5:30 |

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

入居者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 当施設が提供するサービスの概要

①食事

- 当施設では、栄養士の立てる献立により、栄養並びに入居者の身体の状況を考慮した食事を提供します。また、入居者の体調及び嗜好により食事内容を一部選択していただくことがあります。
- 入居者個々の生活状況や健康状態などに合わせて、ダイニングスペースや居室で食事をお取りいただけます。

- ・食事時間の目安は下記のとおりですが、入居者個々の生活状況に合わせて、ご希望の時間に提供させていただきます。ただし、目安となる時間より一定時間経過した後は、廃棄させていただきます。

| | | |
|----------|-----------|-----------|
| 朝食 7:00～ | 昼食 12:00～ | 夕食 18:00～ |
|----------|-----------|-----------|

- ・食事の提供に当たっては別途利用料金をご負担いただきます。

| | | |
|----|--------|-----------|
| 食費 | (6ページ) | (3) -① 参照 |
|----|--------|-----------|

※上記は、介護保険の給付対象となりません。

②入浴

- ・基本的に週2回の入浴機会を設定しておりますが、入居者個々のご希望に合わせて、その都度対応させていただきます。また、入浴前には健康状態を確認し、状態によっては入浴を中止し、清拭にて代替させていただく場合があります。
- ・身体状況に応じて、個浴用浴槽や特殊浴槽をご利用いただけます。

③排泄

- ・入居者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。また、おむつを使用せざるを得ない方については、排泄の自立を図りつつ適切な交換をいたします。

④送迎サービス

- ・通院や外出等の際、リフト付専用車両にて送迎いたします。ただし、通常の送迎の実施地域は、原則として稚内市の区域とします。

⑤健康管理

- ・当施設嘱託医の指導の下、看護職員等が健康管理のお手伝いをいたします。

⑥社会的活動の支援

- ・余暇活動や、行事・レクリエーション等、生活に潤いを持っていただくよう支援します。

《年間の主な行事》

- ・野外昼食会
- ・敬老会
- ・餅つき会
- ・その他季節感ある各種催し物

《その他》

- ・入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を支援します。
- ・入居者の社会生活上の便宜の供与に努めます。

⑦機能訓練

- ・機能訓練指導員等により、入居者の心身の状況に応じて、日常生活を営む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。

⑧相談援助

- ・日常生活上の相談には、生活相談員等が対応させていただきます。

⑨その他の自立の支援

- ・寝たきり防止のため、出来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。

当施設が提供する①～⑨のサービスについて、利用料金が介護保険から給付されるサービスと利用料金の全額を入居者にご負担いただくサービスがございます。

(2) 介護保険の給付の対象となるサービス

②～⑨のサービスについては、入居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差し引いた差額分（自己負担分：通常はサービス利用料金の1割又は一定以上所得者の場合は2割及び3割となります。負担割合については各市町村が発行する『介護保険負担割合証』に記載のとおりです。）をお支払いいただきます。

＜サービス利用料金　自己負担分（1日あたり）＞（契約書第3条関係）

入居者負担金額は、下記の料金表のとおりです。

| サービス区分 | 要介護度区分 | 単位 | 利用負担金 (1割) | 利用負担金 (2割) | 利用負担金 (3割) | |
|----------------------|--|-----------|---------------|---------------|---------------|------|
| ユニット型介護 福祉施設サービス費 | 要介護1 | 1日につき | 670円 | 1,340円 | 2,010円 | |
| | 要介護2 | 1日につき | 740円 | 1,480円 | 2,220円 | |
| | 要介護3 | 1日につき | 815円 | 1,630円 | 2,445円 | |
| | 要介護4 | 1日につき | 886円 | 1,772円 | 2,658円 | |
| | 要介護5 | 1日につき | 955円 | 1,910円 | 2,865円 | |
| サービス 提供体制 強化加算 | 常勤の看護・介護職員の配置に対する評価 職員の状況により（I）～（III）のいずれかの単位が加算 | 1日につき | (I) | 22円 | 44円 | 66円 |
| | | | (II) | 18円 | 32円 | 54円 |
| | | | (III) | 6円 | 12円 | 18円 |
| A D L 維持等加算 | 適正な評価表（Barthel Index）を用いて個々のADLを測定し厚生労働省へ提出をしている事。 | 1月につき | (I) | 30円 | 60円 | 90円 |
| | | | (II) | 60円 | 120円 | 180円 |
| 科学的介護推進体制加算 | LIFE（科学的介護情報システム）へのデータ提出とフィードバックの活用によるケアの質向上の取り組みに対する評価。より詳細な情報提出の場合は（II）と評価 | 1月 につき | (I) | 40円 | 80円 | 120円 |
| | | | (II) | 50円 | 100円 | 150円 |
| 看護体制加算 | 常勤の看護師の配置や手厚い看護職員の配置等に対する評価 職員の状況により（I）（II）のいずれかまたは両方の単位が加算 | 1日につき | (I) | 6円 | 12円 | 18円 |
| | | | (II) | 13円 | 26円 | 39円 |
| 夜勤職員配置加算 (II) | 夜間・早朝の職員配置に対する評価 | 1日につき | | 27円 | 54円 | 81円 |

| | | | | | | |
|------------------|--|--------------------|-------|------------------|------|-------|
| 栄養マネジメント強化加算 | 管理栄養士が継続的に入所者ごとの栄養管理を強化して行う為の評価 | 1日につき | | 11円 | 22円 | 33円 |
| 経口移行加算 | 医師の指示に基づき、多職種の者が共同して経管より食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成、支援を行った場合に加算 | 計画書が作成された日より180日以内 | | 28円 | 56円 | 84円 |
| 経口維持加算 | 経口により食事を摂っている嚥下障害を認められる方に対して医師、歯科医師の指示に基づき、多職種が共同し食事摂取継続できる様に経口維持計画を作成、計画に沿って栄養士が栄養管理を行っている場合 | 1日につき | (I) | 400円 | 800円 | 1200円 |
| | | | (II) | 100円 | 200円 | 300円 |
| 口腔衛生管理加算 | 歯科衛生士が口腔衛生の管理を行った場合。口腔衛生等の管理に係わる計画等の内容を厚生労働省に提出する場合は(II)と評価 | 1月につき | (I) | 90円 | 180円 | 270円 |
| | | | (II) | 110円 | 220円 | 330円 |
| 褥瘡マネジメント加算 | 褥瘡の発生、リスクを入所時また、定期的に評価し、褥瘡ケア計画を作成。それらの情報等を厚生労働省へ提出した場合。計画を作成した方の褥瘡発生がない場合は(II)と評価 | 1月につき | (I) | 3円 | 6円 | 9円 |
| | | | (II) | 13円 | 26円 | 39円 |
| 排せつ支援加算 | 排せつに介護を必要とする方ごとに、要介護度の軽減の見込みについて医師、医師と連携した看護師が入所時また、定期的に評価し、多職種で支援計画を作成。その情報等を厚生労働省へ提出した場合。状態に改善が見られた場合には(II)または(III)と評価 | 1月につき | (I) | 10円 | 20円 | 30円 |
| | | | (II) | 15円 | 30円 | 45円 |
| | | | (III) | 20円 | 40円 | 60円 |
| 安全対策体制加算 | 事故発生防止の為、指針の整備、発生時には報告、分析に基づいた解決策を周知徹底する体制を整え定期的な委員会の開催、研修を実施する事の評価 | 入所初日1回のみ | | 20円 | 40円 | 60円 |
| 介護職員処遇改善加算(I) | 介護サービスを施す介護職員に対して、国より示された処遇改善の為の評価 | 1月につき | | 所定単位 ×83/1000 | | |
| 特定処遇改善加算 | 介護人材確保のための取り組みにより一層進めるため、国より示された処遇改善の為の評価 介護福祉士の配置等要件の状況により(I)(II)のいずれかの単位が加算 | 1月につき | (I) | 所定単位 ×27/1000 | | |
| | | | (II) | 所定単位 ×23/1000 | | |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 介護職員について賃上げ効果が継続される取り組みを行う事に対しての評価 介護職員処遇改善加算(I)～(III)のいずれかを取得している事業所への加算 | 1月につき | | 所定単位 ×16/1000 | | |
| 初期加算 | 入所した日から起算して30日以内の期間(30日を超えて病院又は診療所に入院後、再度入所したときも、同様とする。) | 1日につき | | 30円 | 60円 | 90円 |

| 療養食加算 | 医師の食事せんに基づく療養食の提供を行った場合 | 1食につき ※1日につき3回を限度 | | 6円 | 12円 | 18円 |
|----------------|--|----------------------|--------------------|--------|--------|--------|
| 看取り介護加算（I） | 医師が終末期にあると判断した利用者で、本人又は家族等の同意を得て看取り介護を行った場合 | 死亡日以前45日を限度として1日につき | (1)死亡日 | 1,280円 | 2,560円 | 3,840円 |
| | | | (2)死亡前2日間 | 680円 | 1,360円 | 2,040円 |
| | | | (3) 死亡日以前4～30日 | 144円 | 288円 | 432円 |
| | | | (4) 死亡日以前31～45日 | 72円 | 144円 | 216円 |
| 協力医療機関連携加算 | 協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価 | 1月につき | | 100円 | 200円 | 300円 |
| 退所時情報提供加算 | 医療機関へ退所する入所者について、退所する医療機関へ入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合 | 1回につき | | 250円 | 500円 | 750円 |
| 新興感染症等加算 | 入所者等が厚生労働省の定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者に対する適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合 | 1月に1回、連続する5日を限度とする | | 240円 | 480円 | 720円 |
| 退所時栄養情報連携加算 | 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者について、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供を行った場合 | 1回につき | | 70円 | 140円 | 210円 |
| 特別通院送迎加算 | 透析を要する入所者であって1月に12回以上送迎を行って場合 | 1月につき | | 594円 | 1188円 | 1782円 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | 施設内で感染者が発生した場合に、医療機関との連携の上で感染者の療養を行うことや、他の入所者等への感染拡大を防止することを評価 | 1日につき | (I) | 10円 | 20円 | 30円 |
| | | | (II) | 5円 | 10円 | 15円 |
| 認知症専門ケア加算 | 認知症の介護について一定の経験を持ち、認知症ケアに関する専門的な研修を修了した職員がサービス提供を実施することを評価する加算です。 | 1日につき | (I) | 3円 | 6円 | 9円 |
| | | | (II) | 4円 | 8円 | 12円 |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---------------|-------|-------|-------|-------|
| 認知症チ ームケア 推進会議 | 認知症チームケア推進加算は、認知症の行動・心理症状に対する早期対応を評価する加算です。 | 1月につき | (I) | 150 円 | 300 円 | 450 円 |
| | | | (II) | 120 円 | 240 円 | 360 円 |
| 生産性向 上推進体 制加算 | 「介護サービス事業における生産性向上ガイドライン」の内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価 | 1月につき | 100 円 | 100 円 | 200 円 | 300 円 |
| | | | 10 円 | 20 円 | 30 円 | 30 円 |
| 外泊時費 用 | 入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合 | 1月に 6 日を限度とする | | 246 円 | 492 円 | 738 円 |

(3) 介護保険の対象外のサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスは、入居料金の全額が入居者の負担となります。ただし、食費及び居住の費用については、所得の低い方で介護保険法及び関係政省令が定める要件を満たす場合、限度額を設け、十分な配慮がなされます。

利用者負担段階区分

| | | |
|-------|---|--|
| 第1段階 | ・生活保護受給者 ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税の老齢年金受給者 | かつ、預貯金等が 単身で 1,000 万円 夫婦で 2,000 万円 以下 |
| 第2段階 | ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80.9 万円以下の方 | かつ、預貯金等が 単身で 650 万円 夫婦で 1,650 万円 以下 |
| 第3段階① | ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 80.9 万円超 120 万円以下の方 | かつ、預貯金等が 単身で 550 万円 夫婦で 1,550 万円 以下 |
| 第3段階② | ・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間 120 万円超の方 | かつ、預貯金等が 単身で 500 万円 夫婦で 1,500 万円 以下 |
| 第4段階 | ・上記以外の方 | |

① 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

入居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。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日あたり）のご負担となります。

| 利用者負担限度額 | | | | 基準費用額 |
|----------|---------|---------|-----------|-----------|
| 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 第4段階 |
| 300 円／日 | 390 円／日 | 650 円／日 | 1,360 円／日 | 1,445 円／日 |

① 居住に要する費用（光熱水費及び室料）

当施設はユニット型特別養護老人ホームとして基準を満たしております。つきましては居住費といたしまして別途費用をご負担いただきます。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いては、その認定証に記載された居住費の金額のご負担となります。

| 居室区分 | 利用者負担限度額 | | | 基準費用額 |
|---------|----------|--------|----------|----------|
| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 |
| ユニット型個室 | 880円／日 | 880円／日 | 1,370円／日 | 2,066円／日 |

※外泊・入院等で居室を空けておく場合は、外泊時費用発生期間内（ひと月6日以内を限度）は負担限度額認定の適用（第1段階～第3段階）が受けられますが、それ以降の介護保険給付期間以外につきましては、基準費用額をご負担いただきます。

③理髪・美容

[理髪サービス]

ご希望により、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

※尚、店舗によって料金に多少の変動がありますので了承下さい。

[美容サービス]

ご希望により、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

※尚、店舗によって料金に多少の変動がありますので了承下さい。

④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、入居者の日常生活に要する費用で、ご負担いただくことが適當であるものにつきまして、別途お支払いいただきます。なお、おむつ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が、当施設で用意できる品以外に入居者ご希望する品がある場合につきましては、ご用意ご負担願います。

⑤貴重品等の管理

貴重品等の管理につきましては、基本的には入居者ご本人又はご家族の管理としますが、現金の自己管理が困難又は適宜ご家族による対応が困難であり、生活上の不都合が生じている方を対象として、有償の預り金管理サービスをご利用いただけます。

ア 管理する金銭の形態：金融機関の普通預金（通常貯金）

イ お預かりするもの：上記の預貯金通帳と印鑑

ウ 保管管理者：施設長

エ 出納方法：別に定める「入所者預り金事務取扱要綱」のとおり

オ 管理料：月額 2,000円

※現金のみの管理の取り扱いはしておりません。

※その他貴重品等の管理の取り扱いはしておりません。

⑥電気製品の使用

電気製品を持ち込むことができます。

電気製品使用料：1日あたり50円

⑦持ち込み制限

- ・多額の所持金（盗難や紛失があると困りますので、ご本人が所持する金銭は小額でお願いします）。
- ・マッチ、ライター等の火器、線香、ろうそくの使用、カミソリ、ナイフ等の刃物、他人に危険を及ぼすと思われるもの（必要時に貸し出します）。

⑧契約書20条第2項に定める所定の料金

入居者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等には、本来の契約終了日の翌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をご負担いただきます。

※1日あたり（入所負担10割負担分+居住費）

| 要介護度 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 料 金 | 8,526円 | 9,206円 | 9,936円 | 10,626円 | 11,296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。

（4）利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）及び（2）の①②⑤⑥の料金は、1ヶ月毎に計算しご請求いたします。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいた金額とします。）

お支払方法は、原則として稚内信用金庫口座からの引落とさせていただきます。ただし、特別の事情による場合は、施設窓口払いまたは施設指定口座への振り込みとさせていただきます。

6. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、下記協力医療機関において診察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。

①協力医療機関

| | |
|---------|------------------------|
| 医療機関の名称 | 市立稚内病院 |
| 所 在 地 | 稚内市中央4丁目 |
| 診 療 科 | 内科、外科、皮膚科、泌尿器科、精神神経科ほか |

②協力歯科医療機関

| | |
|---------|---------------|
| 医療機関の名称 | 遠藤歯科クリニック |
| 所 在 地 | 稚内市萩見5丁目33番8号 |

7. 施設を退居していただく場合（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日は特に定めていません。従って、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、入居者に退居していただくことになります。（契約書第14条参照）

①入居者が死亡した場合

②要介護認定により入居者の心身の状況が『自立』、『要支援』、『要介護1又は2（平成27年4月1日以降に入居された方に限る。但し、特例入所の要件に該当すると認められる場合は除く）』と判定された場合

③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

④施設の滅失や重大な毀損により、入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合

⑤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

⑥入居者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

⑦施設から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）入居者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入居者から退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の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、施設を退居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入居者が入院された場合
- ③施設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
- ④施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤施設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、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
- ⑥他の入居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) 施設からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ①入居者及びその家族等が、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入居者及びその家族等による、サービス利用料金の支払いが3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入居者が、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入居者等の生命・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入居者が連続して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入居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

入居者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、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、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居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。

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び施設に入居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。入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時に当施設の受入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。

③3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、主治医の所見を基に、本人及び家族と協議し、契約を解除する場合があります。その場合において、病状の回復が著しく退院した時には、併設されている短期入所生活介護の居室をご利用いただきます。この場合、利用期間中の所定料金をご負担いただきます。

（3）円滑な退居のための援助

①入居後も、在宅生活や家庭復帰を支援するために、地域の他の社会資源や機関、家族との連携を密にし、地域のケアシステム作り、及び地域啓発活動に積極的に参画し、共存社会の実現に向けて努めます。

②心身の状況及び疾病により退居の必要性がある場合は、入居者及びその家族の希望により、様々な諸要件を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助を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
- 居宅介護支援事業所の紹介
- 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

8. 施設設備原状回復の義務

入居者が、施設、設備について、故意又は重大な過失により、滅失、破損、汚損もしくは変更した場合は、原状に復する費用の全部又は一部を負担するものとします。

9. 残置物引取について

入居者又は残置物引取人は、入居契約が終了した後、当施設に残された入居者の所持品（残置物）を全て引取っていただきます。

また、引取りにかかる費用については、入居者又は残置物引取人にご負担いただきます。

10. 入居者の記録や情報の管理、開示について

施設は、関係法令に基づいて、入居者の記録や情報を適切に管理し、入居者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料（A4紙1枚5円）などの諸費用は、入居者の負担となります。）

◇閲覧・複写ができる窓口業務時間

月曜日～金曜日 午前9：00～午後5：30

11. ご面会について

ご面会の際は、お手数ですが各ユニット玄関に設置されている面会票に必要事項をご記入のうえ、お近くの職員へお渡しください。また、玄関正面は緊急車両が停車する可能性があるため駐車はご遠慮いただき、所定の場所へお停めいただくようお願いいたします。

◇ご面会が可能な時間

午前9：00～午後8：00

12. 緊急時における対応

入居者の症状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに施設長及び家族に報告し、嘱託医の指示を仰ぎ、医療機関に受診する等の処置を講じます。

13. 非常災害時等における対応

火災その他の災害に対処するための計画を策定するとともに、定期的に避難訓練を実施します。また、災害が発生した場合は、避難等適切な処置を講じます。

14. 秘密の保持

施設長及び職員は、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とします。

15. 身体拘束の原則禁止

入居者の人間としての尊厳を損なわないため、また、心身機能の低下や心理状態の悪化を招く事とならぬように、生命身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する事を原則禁止とします。

ただし、入居者の生命身体を保護するため身体拘束がやむを得ない場合、施設長は事前に家族に対し、その理由を説明し同意を得るものとします。

また、家族の同意を得るいとまがない緊急の状態となったときは、施設長は家族の同意なくして身体拘束の処置を講ずることができる。この場合にあっても、事後に家族にその理由の説明を行うものとします。

16. 虐待防止の措置

職員に対し施設内外の研修の実施や、関連情報の提供等により、高齢者虐待の定義や現況を理解させるとともに、サービスを受ける入居者及び家族からの苦情処理体制を整備し、施設内にて虐待が起きないように努めます。

従事者等による入居者に対する虐待があったと思われる場合、又はあった場合は、速やかに実態調査を行い実態把握に努め、法人に報告するなど適切に対応するものとします。

17. 事故発生時の対応

提供したサービスにより事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等へ連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に関して取った措置を記録します。併せて事故発生の原因、再発防止の検討を行います。

18. 苦情の受付について (契約書第23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

(苦情受付担当者)

[職名] 介護課長 櫻井真砂子

(苦情解決責任者)

[職名] 施設長 濱塚泰昌

○受付時間 月曜日～金曜日 午前9:00～午後5:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------|---|
| 稚内市生活福祉部 長寿あんしん課 | 所在地 北海道稚内市中央3丁目2番1号 電話番号 (0162)23-6458 FAX (0162)23-8586 |
| 国保連合会苦情処理委員会 | 所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 (011)231-5161 FAX (011)233-2178 |
| 北海道福祉サービス 運営適正化委員会 | 所在地 札幌市中央区2条西7丁目 かでる2.7 北海道社会福祉協議会内 電話番号 (011)204-6310 FAX (011)204-6311 |

19. 入居者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

| | | |
|----------------------------|-------------|-----------|
| アンケート調査、意見箱等入居者等の意見を把握する取組 | あり | |
| 第三者による評価の実施状況 | | |
| 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 |
| なし | なし | なし |

令和 年 月 日

ユニット型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。

社会福祉法人稚内福祉会
特別養護老人ホーム富士見園

説明者職名 _____ 氏名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて施設職員から重要事項の説明を受け、ユニット型指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に合意しました。

《入居者》

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

- 《署名代行者》
- 《代理人》

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

続柄 _____