

特別養護老人ホームサクラビア重要事項説明書
(指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

当施設は介護保険の指定を受けています。
白井市指定 第 1294200017 号

当施設はご契約者に対して指定地域密着型介護老人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。

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
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	3
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. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	7
7. 残置物引取人	8
8. 事業者の義務等	9
9. 苦情の受付について	9
10. 附則	9

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 昭桜会
法人所在地	千葉県白井市神々廻 1927 番 6
電話番号	047-498-3191
代表者名	理事長 小笹 啓子
設立年月日	平成 19 年 8 月 14 日

2. ご利用施設

施設の種類	指定地域密着型介護老人福祉施設 平成 20 年 11 月 1 日 白井市指定 第 1294200017 号
施設の目的	介護保険法等の関係法令及び契約書に従い、可能な限り入所者がその有する能力に応じて自立した日常生活が営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜供与、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等のサービスを提供します。
施設の名称	特別養護老人ホームサクラピア
施設の所在地	千葉県白井市神々廻 1927 番 6
電話番号	047-498-3191
施設長名	富田 愛
当施設の運営方針	入所者の基本的人権を尊重し、常に温かい愛情を持って接し、心身の健康保持と機能の回復・維持に努める。また、入所者のニーズを把握し、職員はホスピタリティーの精神の下、快適な生活への援助に努める。
建物の構造	鉄筋コンクリート造屋根 2 階建
延床面積	1711.77 m ²
開設年月日	平成 20 年 11 月 1 日
入所定員	29 名

3. 居室の概要

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	設置設備
個室（1人部屋）	29 室	13.37 m ²	介護用電動ベッド・収納棚・ナースコール・エアコン・照明・カーテン・ヘッドライト

※ 当施設は全室個室となっております。

※ 9～10 室を 1 ユニットとした 3 ユニットの生活単位となっております。

(2) 主な設備

設備の種類	室数	面積	備考
共同生活室 A	1 室	101.35 m ²	食堂兼リビング
共同生活室 B	1 室	109.65 m ²	食堂兼リビング

共同生活室C	1室	99.39㎡	食堂兼リビング
個別浴室	3室	5.38㎡	1ユニットに対し1室
脱衣室（個別浴室）	3室	5.38㎡	1ユニットに対し1室
特別浴室	1室	12.25㎡	
脱衣室（特別浴室）	1室	12.25㎡	
機能訓練室	1室	108.25㎡	
医務室	1室	7.50㎡	

4. 職員の配置状況

職 種	員 数	業務内容	勤務体制
施設長	1名	施設スタッフ及び業務等全ての管理を行います。	日勤：8：30～17：30
介護支援専門員	1名	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。生活相談員が兼ねる場合もあります。	
事務員	1名	施設運営に係る事務処理管理を行います。	
生活相談員	1名	ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。	
機能訓練指導員	1名	ご契約者の機能訓練を行います。	
栄養士	1名	ご契約者の栄養管理を行います。	
介護職員	11名 以上	ご契約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。	早出：7：00～16：00 日勤：8：30～17：30
看護職員	1名	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。	遅出：10：00～19：00 夜勤：19：00～7：00
医師	1名	ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。	毎週土曜日

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

（1）介護保険給付対象サービス（契約書第3条参照）

サービス種類	内 容
食 事	<p>○当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約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。</p> <p>○ご契約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。</p> <p>【食事時間】 （朝食）8：00～9：00 （昼食）12：00～13：00 （夕食）17：30～18：30</p>
入 浴	<p>○入浴又は清拭を週2回行います。</p> <p>○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。</p>

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。
機能訓練	○機能訓練指導員により、ご契約者の身体等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	○医師や看護職員が、健康管理を行います。 【当施設の嘱託医師】 氏 名 鈴木 一弘 診療科 内科（所属医院 桜台メディカルクリニック） 診療日 毎週土曜日
その他自立への支援	○寝たきり防止のため、できる限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5条参照）

	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5
1. サービス利用単価	682 単位	753 単位	828 単位	901 単位	971 単位
2. サービス利用料金	7,004 円	7,733 円	8,503 円	9,253 円	9,972 円
3. 介護保険から給付される金額	6,303 円	6,959 円	7,652 円	8,327 円	8,974 円
4. サービス利用自己負担額 (2-3) (1割負担の場合)	701 円	774 円	851 円	926 円	998 円
5. 食事に係る標準自己負担額	1,500 円 (負担限度額認定を受けている方は認定書に記載されている負担額となります)				
6. 居住費に係る標準自己負担額	2,500 円 (負担限度額認定を受けている方は認定書に記載されている負担額となります)				
7. 標準自己負担額合計 (4+5+6)	4,701 円	4,774 円	4,851 円	4,926 円	4,998 円

*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全額をいったんお支払いいただきます。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。

*ご契約者が、短期入院又は外泊(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18条、第21条参照)

- ・入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。
- ・入院中の居住費はご負担をいただいております。(1日あたり2,500円)
- ・ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意していただいたうえで、実際に短期入所生活介護に利用した日に関しては居住費のご負担はありません。(空床利用制度)

	入院・外泊時
1. サービス利用料金(246単位)	2,526 円
介護保険から給付される金額	2,273 円
3. 自己負担金額(1割負担の場合)	253 円

*本説明書 8 ページ「契約者が病院等に入院された場合の対応について」参照

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

サービス種類	内 容		利用料金	
①特別な食事	ご契約者のご希望に基づいて特別な食事 （嚥下食）を提供します		実費	
	行事食（毎月随時）		+110円より	
②理髪・美容	理容師・美容師の出張による理髪サービス （調髪、顔そり等）		カット・フロー 実費/1回 カット・顔そり 実費/1回	
③お預かり品の管理	ご契約者の所持品の管理を行ないます。		3,000円/月	
④レクリエーション活動 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頂くことができます。		材料代等の実費	
⑤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。		10円/1枚	
⑥ご契約者の希望 によって日常生 活上必要となる 諸費用	病院・外出等の送迎費（遠方のみ）※		1000/1回	
	買い物代行費（近隣のみ）		550円/1回	
	薬の受け取り代行費		330円/1回	
	居室で使用する電化製品の電気代		55円/1日	
	嗜好品代	飲み物	コーヒー・紅茶・ココア 緑茶・フルーツジュース カルピス	90円/1日
		おやつ	施設より毎日提供	140円/1日
	日用品の パック	①布おしぼり、歯ブラシ、歯みがき粉 （洗口剤）、ペーパータオル、T字剃刀 入れ歯洗浄剤 等		2,200円/月
		②布おしぼり、歯ブラシ、歯みがき粉 （洗口剤）、ペーパータオル 入れ歯洗浄剤 等		1,980円/月
		③布おしぼり、歯ブラシ、歯みがき粉 （洗口剤）、ペーパータオル T字剃刀 等		1,980円/月
		④布おしぼり、歯ブラシ、歯みがき粉 （洗口剤）、ペーパータオル 等		1,760円/月
上記内容に同意しました。 ご家族様氏名			㊞（続柄）	

※遠方とは、白井市全域、印西市、船橋市、鎌ヶ谷市の一部を除く地域

⑦契約書第19条に定める所定の料金

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現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（1日あたり）

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
ご契約者の要介護度別料金	7,004円	7,733円	8,503円	9,253円	9,972円
その他料金：居室料	2,500円（要介護度にかかわらず）				
その他料金：食事代	1,500円（要介護度にかかわらず）				
その他料金：個人で利用した日用品等	実費相当額				

ご契約者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合	6,690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1ヵ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5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、当月15日までに下記の方法でお支払いください。（1ヵ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。）

支払方法	指定口座への振込
金融機関名	千葉興業銀行 白井支店
口座番号	1053658
口座名義	社会福祉法人昭桜会 理事長 小笹啓子

(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。（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

医療機関名	医療法人社団白翔会 千葉白井病院
所在地	千葉県白井市複 1439-2
診療科目	内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・糖尿病内科・呼吸器内科・消化器外科 ペインクリニック内科・整形外科・小児科・耳鼻咽喉科・皮膚科・脳神経外科 神経内科・整形外科・内視鏡外科・鍼灸外来・アレルギー科・麻酔科 リハビリテーション科
病床数	100床

②協力歯科医院

医療機関名	桜台クリニック 歯科
所在地	千葉県白井市桜台 2-5-2
診療科目	歯科訪問部

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、ご契約者に退所していただくこととなります。（契約書第13条参照）

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援又は要介護1又は要介護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、ご契約者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 ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- 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）

（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14条、第15条参照）

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30日前（※最大7日）までに退所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 ご契約者が入院された場合
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ 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、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いただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所を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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上（※最低6か月）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 ご契約者が、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・財産・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 ご契約者が連続して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

★契約者が病院等に入院された場合の対応について★（契約書第18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、所定の料金をいただきます。

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、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、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

③ 3か月以内の退院が見込まれない場合

3か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17条参照）

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、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

ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

	退所前後訪問相談援助	退所時相談援助
1. サービス利用料金	4,724円	4,108円
2. 介護保険から給付される額	4,252円	3,697円
3. 自己負担金（一割負担の場合）	472円	411円

7. 残置物引取人（契約書第20条参照）

契約締結にあたり、身元引取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」をさだめていただきます。（契約書第20条参照）

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

※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。

8、看取り介護について

1. 看取りの目的（当施設の考え方）

長期に渡る入居生活の過程で、将来的に死に至る可能性が予見される方に対して、ご本人が人生の最期まで当施設で暮らすことを望み、願っている場合において、その身体的・精神的苦痛および苦悩を緩和し、その方の尊厳を十分に配慮しながら穏やかで安らぎのある充実した日々を営めるよう心を込めた『看取り介護』を実践します。

2. 看取りの時期を迎えた状態とは

慢性疾患および老化等が進行することにより心身機能が衰弱し、一般に認められる医学的知見に基づき回復の見込みがないと医師から診断された状態をいいます。

3. 看取り介護の開始時期について（開始期～終末期に至る過程）

- ① 老衰および体調不良等による状態の重篤化から、医師の診断により回復の見込みがないと判断され、かつ、医療機関での治療の必要性が薄いと判断された場合に開始となります。
医師から書面（看取り介護に関する説明書）を以て現在の本人の状態について詳細に説明させていただきます。
- ② 入所時に一度は説明させていただきますが、再度のご確認のため、当施設が必要と判断した際に、職員より『看取り介護に関する指針』を説明させていただきます。
当施設における看取り介護に同意されるか否かのご判断をいただきます。
また、同意をされず医療機関等での治療等を希望される場合には、ご本人およびご家族の希望に沿った援助をさせていただきます。
- ③ 看取り介護を行うにあたり、終末期に向けての援助方針についてご本人およびご家族の意思を確認させていただき、それに基づいて計画作成担当者が『看取り介護計画書（ターミナルプラン）』を作成します。計画書の内容について、ご本人およびご家族に詳細に説明させていただきます。また、後の状況の変化等にも配慮しながら随時見直し、内容等の変更が必要となった場合には、その都度ご本人およびご家族の意思を確認させていただきます。
- ④ 上記の計画書の内容に基づき医師および医療機関等との連携を図りながら看取り介護を行います。
- ⑤ ご本人への支援と並行してご家族には定期的にご本人の状態の報告および説明、意思の確認をさせていただきます。
- ⑥ ご本人が終末期を迎えられ当施設において息を引き取られた後においては、医師による死亡確認後エンゼルケアを施し、ご家族とともに看取り介護に関わった全職員で最後のお別れをさせていただきます。
必要に応じてご家族への支援を行います（遺留金品引き渡し、荷物の整理、相談対応等）。

看取り介護加算〔死亡日から逆算して〕

4～30日 80単位／日（自己負担額約84円程度）

2～3日 680単位／日（自己負担額約711円程度）

当日 1280単位／日（自己負担額約1,337円程度）

9. 契約書第三章第七条（事業者及びサービス従事者の義務）

事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。

ただし、契約者又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。

10. 苦情の受付について（契約書22条参照）

（1）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）	寺田 真琴 047-498-3191
職 名	生活相談員
苦情解決責任者	富田 愛
職 名	施設長
受 付 時 間	毎週月曜日から金曜日 9：00～17：00

（2）行政機関その他苦情受付機関

白井市役所 高齢者福祉課 介護保険班	所在地	千葉県白井市復 1123 番地
	電話番号	047-492-1111
	F A X	047-492-3033
	受付時間	9：00～17：00
千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	所在地	千葉県千葉市稲毛区天台 6 丁目 4 番 3 号
	電話番号	043-254-7428
	F A X	043-254-7401
	受付時間	8：30～17：30
白井市社会福祉協議会	所在地	千葉県白井市復 1123 番地
	電話番号	047-492-5712
	F A X	047-492-3600
	受付時間	9：00～17：00

11. 雑則

附 則

8. 契約書第三章第七条 3

この規程は平成 30 年 6 月 1 日より施行適用する。

令和 年 月 日

指定介護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。

(事業者) 指定地域密着型介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム サクラビア

説明者職名 介護支援専門員

氏 名 富田 愛 (印)

令和 年 月 日

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開始に同意しました。

(利用者) 住 所

氏 名 (印)

(代理人) 住 所

氏 名 (印) (続柄)