

指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

(社会福祉法人雪野会 特別養護老人ホーム万葉の里)

当事業所は入所者に対して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を次のとおり説明します。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 雪野会
法人所在地	滋賀県蒲生郡竜王町大字山之上632番地
設立年月日	平成6年3月25日
代表者氏名	理事長 寺嶋 嘉孝
電話番号	0748-57-2100

2 指定介護老人福祉施設の概要

施設の種類	指定介護老人福祉施設・平成12年4月1日指定
指定番号	滋賀県 第2571500020号
施設の目的	指定介護老人福祉施設は、介護保険法の規定に基づき、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、入所者に、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頂き、介護福祉施設サービスを提供します。 この施設は、身体上また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利用頂けます。
施設の名称	社会福祉法人雪野会 特別養護老人ホーム 万葉の里
施設の所在地	滋賀県蒲生郡竜王町大字山之上632番地
電話・Fax番号	0748-57-2100 ・ 0748-57-2105
施設長名	角 光治
運営方針	本事業の運営に当たっては、日本国憲法第25条、老人福祉法及び介護保険法の基本理念に基づき、入所者の人権を尊重し、関係市町、地域の保健、福祉、医療サービス提供者と連携し、科学的で、適切な連携を図り総合的なサービスの提供を行う。
開設年月日	平成7年4月1日
入所定員	60 人
第三者評価の有無	無

3 施設の概要

(1) 敷地面積及び建物

敷地		8543.6㎡（竜王町有地借地）
建物	構造	鉄筋コンクリート造り平屋建て

	延床面積	2034.16㎡
--	------	----------

(2) 主な部屋

当施設には、以下のような部屋があります。入居して頂く居室は原則として4人室です。

1人室、2人室については、当施設と入所者と協議のうえ決定します。

設備の種類		数	面積	備考
居室	1人室	6	16.67 ～ 18.26㎡	面積は1室当たりの面積です。 入居される居室は協議のうえ決定します。
	2人室	7	18.80 ～ 19.33㎡	
	4人室	10	36.04 ～ 36.40㎡	
食堂及び機能訓練室		3	437.00㎡	
介助浴室		1	34.72㎡	
特別浴室		1	52.20㎡	脱衣室 39.68㎡
便所		3	32.00 ～ 38.09㎡	

※上記は、基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設、設備です。この利用に当たっては、入所者に特別にご負担頂く費用はありません。

4 職員の配置状況

(主な職員の配置)

当施設では、入所者に対して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。(令和3年4月1日現在)

職種	員数
施設長(管理者)	1人(併設ショートステイ、併設ケアハウスと兼務)
医師	1人
生活相談員	2(併設ショートステイと兼務)
介護支援専門員	1人
介護職員	21人以上(併設ショートステイと兼務)
看護職員	3人以上(併設ショートステイと兼務)
機能訓練指導員	1人
管理栄養士	1人

(主な職員の勤務体制)

職種	勤務時間	
施設長(管理者)	勤務時間 8:30～17:30	4週8休
医師	毎週火曜日9:30～11:00の90分	
生活相談員	勤務時間 8:30～17:30	4週8休
介護支援専門員	勤務時間 8:30～17:30	4週8休
介護職員	シフト制により交替勤務	4週8休
看護職員	勤務時間 8:30～17:30	4週8休
機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30	4週8休
管理栄養士	勤務時間 9:00～18:00	4週8休

5 介護保険の給付の対象となるサービス

(サービスの概要)

入 浴	入浴または清拭を週2回以上おこないます。寝た姿勢で入ることもできます。
食 事	<p>栄養士の立てる献立表により、入所者の身体状況を配慮した食事を提供します。</p> <p>食事時間 朝食 7：30～ 8：30 昼食12：00～13：00 夕食18：00～19：00</p> <p>上の時間外でも、配食後2時間の範囲であれば柔軟に対応いたします。</p>
排 泄	施設サービス計画に基づいて入所者の身体能力を配慮した援助をします。
口腔ケア	口腔ケアをおこない、口腔内の清潔を保ちます。
健康管理	医師や看護職員が健康管理を援助します。
生活相談	生活相談員が入所者の生活上の相談に応じます。
レクリエーション	レクリエーションプログラムに従って実施します。
シーツの交換	週1回行います（毎週土曜日）
洗濯	必要に応じて衣類の洗濯をおこないます。
その他 自立への支援	<p>○介護サービス計画にもとづき、自立に向けて適切な介護を行います。</p> <p>○寝たきり防止の援助を行います。</p> <p>○日常生活の中で残存機能を生かした援助を行います。</p>

(1) サービス利用料金

指定介護老人福祉施設サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定介護老人福祉施設が法定代理受領サービスであるときは、負担割合証に記載された利用者負担割合の額となります。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

(介護度別 1日のサービス基本料)

介護度	介護度別 利用料	サービス提供 体制強化加算	看護体制 加算	夜勤職員 配置加算	合計 (単位数)	合計金額 (単位数× 10.14円)	自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)				
要介護1	589	+	18	+	12	+	13	=	632	6,408円	641円	1,282円	1,923円
要介護2	659	+	18	+	12	+	13	=	702	7,118円	712円	1,424円	2,136円
要介護3	732	+	18	+	12	+	13	=	775	7,858円	786円	1,572円	2,358円
要介護4	802	+	18	+	12	+	13	=	845	8,568円	857円	1,714円	2,571円
要介護5	871	+	18	+	12	+	13	=	914	9,267円	927円	1,854円	2,781円

(各加算の説明)

加算項目	内 容
サービス提供体制 強化加算（Ⅱ）	介護職員の総数のうち、介護福祉士の有資格者の占める割合が 60%以上の場合に算定されます。
看護体制加算（Ⅰ）ロ	常勤看護師を 1 名以上配置している場合に算定されます。
看護体制加算（Ⅱ）ロ	看護職員の数が常勤換算方法で入所者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上かつ、基準に定める看護職員の数に 1 を加えた数以上配置し、協力病院との 24 時間連携体制を確保している場合に算定されます。
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が、最低基準を 1 以上上回っている場合に算定されます。

◇次に該当する時は、1日につき所定の料金をご負担頂きます。

①看取り介護体制が整い、お亡くなりになられた場合

看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前31日以上、45日以下〔1日につき730円〕
(自己負担は1割73円、2割146円、3割219円)

看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前4日以上、30日以下〔1日につき1,460円〕
(自己負担は1割146円、2割292円、3割438円)

看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前2日または3日〔1日につき6,895円〕
(自己負担は1割690円、2割1,379円、3割2,069円)

看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日〔1日につき12,979円〕
(自己負担は1割1,298円、2割2,596円、3割3,894円)

②個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービスの提供を行った場合

個別機能訓練加算(Ⅰ) 121円(自己負担は1割13円、2割25円、3割37円)

③入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合

栄養マネジメント強化加算 111円(自己負担は1割12円、2割23円、3割34円)

④入所時及び退院時(1ヶ月以上の入院)の初月30日間

初期加算 304円(自己負担は1割31円、2割61円、3割92円)

⑤安全管理部門を設置し安全対策を実施する体制が整備されている場合で、入所初日のみ

安全対策体制加算 202円(自己負担は1割21円、2割41円、3割61円)

◇次に該当する時は、1月につき所定の料金をご負担頂きます。

①上記個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合であって、その情報を厚生労働省に提出し活用した場合

個別機能訓練加算(Ⅱ) 202円(自己負担は1割21円、2割41円、3割61円)

②入所者ごとの心身等にかかる基本的な情報を厚生労働省に提出し活用した場合

科学的介護推進体制加算(Ⅱ) 507円(自己負担は1割51円、2割102円、3割153円)

※ご利用料の計算について

介護保険給付の対象分のご利用料は、国が定めた報酬単位に基づき、各月毎に1日から月末の利用回数(日数)で合計した総単位数と、国が定めた地域単価により計算いたします。
(令和6年4月より竜王町は1単位10.14円となっております)

(2) 入院または外泊時の利用料

入所者が、入院または外泊をされた場合(在籍保証として)、1月に6日を限度として、下記の利用料金をお支払い頂きます。(入院または外泊の初日、最終日は含まれません)

サービス利用料金	2,494円
自己負担額(1割)	250円
(2割)	499円
(3割)	749円

(3) 介護職員等処遇改善加算

介護職員またはその他の職員の賃金改善等を実施している場合に、上記サービス基本料(1)に各加算(入所者によって異なります)及び(2)を足した1カ月分の自己負担額合計の13.6%が算定されます。

(4) 居住費及び食費 1日の自己負担額

段階	居住費		食費
	個室	多床室	
第1段階	380円	0円	300円
第2段階	480円	430円	390円
第3段階 ①	880円	430円	650円
第3段階 ②	880円	430円	1,360円
第4段階	1,231円	915円	1,600円

☆入所者がまだ要介護認定を受けていない場合には、一旦サービス料金の全額をお支払い頂きます。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、入所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、入所者の負担額を変更します。

(5) 介護保険の給付の対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。

電気器具使用料 (1月未満は日割り)	テレビ、冷蔵庫、カーペット、電気毛布 電子レンジ	1月当たり1,000円
	その他の電気器具	1月当たり 500円
理美容料		実費
インフルエンザ 予防接種料	原則として集団生活のため、シーズン毎に当施設において接種します。	実費 ※住所地により助成額が決まっています
複写物の交付	サービス提供についての記録を閲覧できます。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 10円
写真代	入所者の希望により、入所者の写真を購入して頂けます。	1枚 25円
貴重品の管理	入所者の希望により、貴重品を管理します。 お預かりするものは、預貯金通帳、印鑑、有価証券、年金証書、その他施設長が適当と認めたものです。	無料
レクリエーション 等教養娯楽費	入所者の希望により、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。 それに伴う、参加費、材料費、入場料等についてはご負担頂きます。	材料代等の実費
日常生活上必要な 諸費用	日常生活品の購入代金等入所者の日常生活に要する費用で入所者に負担頂くことが適当であるものの費用。 ※おむつ代は介護保険の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。また、洗濯も当施設で行います。	実費
通常の食事以外の 食品	・パン食 (パンのみ)	1食 110円
	・ " (パン+牛乳)	1食 210円
	・栄養補助食品	1食 275円

☆ 経済状況の著しい変化その他やむをえない事由がある場合、相当の額に変更することがあります。

(6) 利用料の支払い

前記(1)、(2)の料金、費用は、1月ごとに計算し翌月ご請求いたしますので、以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ①金融機関口座からの自動引き落とし(翌月20日まで)
- ②窓口(事務室)での現金支払い(翌月25日まで)
- ③下記口座への振り込み(翌月25日まで)

滋賀銀行竜王支店 (口座番号) 134624 普通預金
社会福祉法人 雪野会 理事長 寺嶋嘉孝

6 施設利用の留意事項

当施設のご利用に当たって、施設に入所されている入所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下さい。

(1) 持ち込み物の許可

入所にあたり、電気製品、家具等については事業者の許可を得て下さい。

(2) 面会時間 8:00～21:00

※ 来訪者は、必ずその都度玄関に設置している面会カードに記入し、職員に届け出て下さい。

(3) 外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 食事 食事が不要な場合は、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

- ① 居室および共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ② 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、入所者の自己負担により原状に復して頂くか、または相当の代価をお支払い頂く場合があります。
- ③ 入所者に対するサービスの実施および安全衛生等の管理上のあると認められる場合には、入所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。ただし、その場合、入所者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。
- ④ 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 敷地内全面禁煙のため喫煙はできません。

(7) 入所中の医療の提供について

当施設では、原則として毎週火曜日、竜王町国民健康保険診療所の医師(内科)の診療を受けることができます。また、医療を必要とする場合は、入所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、下記医療機関での診療を義務づけるものではありません。また、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。

- ① 協力医療機関 独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター
(東近江市五智町 255 電話 0748-22-3030)
- ② 協力歯科医療機関 竜王町国民健康保険歯科診療所
(蒲生郡竜王町綾戸 239-1 電話 0748-57-1133)

7 施設を退所していただく場合

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無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になります。

- ① 入所者が死亡した場合
- ② 要介護認定により入所者の心身の状況が自立または要支援または要介護 1・2 と判定された場合（ただし、要介護 1・2 であっても特例入所要件に該当する場合は除く）
- ③ 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、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または指定を辞退した場合
- ⑥ 入所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および、介護医療院に入院した場合
- ⑦ 入所者または事業者から契約解除の申し出があった場合（詳細は以下（1）、（2）をご覧ください。）

(1) 入所者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

入所者は事業者に対し、いつでも契約の解除を申し入れることができます。この場合は、7 日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(2) 事業者からの退所の申し出（契約解除）

- ① 入所者による第 8 条に定めるサービス利用料金の支払いが 6 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
- ② 入所者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ③ 入所者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従事者もしくは他の入所者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為をおこなうことなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 入所者が、連続して 7 日以上病院等に入院し、その入院が長期にわたると見込まれる場合もしくは 3 ヶ月以上入院した場合

8 円滑な退所のための援助

入所者が当施設を退所する場合には、入所者の希望により、事業者は入所者の心身の状況、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おこないます。

- ①適切な病院や老人保健施設等の紹介
- ②居宅介護支援事業者の紹介
- ③その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者の紹介

9 身元引受人

入所契約が終了した後、当施設に残された入所者の所持品を入所者が引き取れない場合、身元

引受人に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引き取りにかかる費用は、入所者または身元引受人にご負担頂きます。

☆ 身元引受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。

10 苦情の受付について

(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窓口で受け付けます。

苦情受付窓口 特別養護老人ホーム 万葉の里 竜王町山之上 632

電話 0748-57-2100 Fax 0748-57-2105

担当者 介護主任 小西 繁幸

受付時間 毎週月～金曜日 10時～16時

また、苦情受け付け箱を事務室前に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

竜王町福祉課	竜王町小口 3	0748-58-3705
--------	---------	--------------

東近江市蒲生支所	東近江市市子川原町 676	0748-55-4883
----------	---------------	--------------

東近江市役所健康福祉部長寿福祉課	東近江市八日市緑町 10-5	0748-24-5645
------------------	----------------	--------------

滋賀県国民健康保険連合会	大津市中央 4 丁目 5-9	077-510-6605
--------------	----------------	--------------

本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム万葉の里
------	-----------------------------

説明者職名	生活相談員 氏名
-------	-------------

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明を受けました。

令和 年 月 日

本人	住所
----	----

氏名

印

本人代理人	住所
-------	----

氏名

印