

特別養護老人ホーム 北勝園 重要事項説明書

特別養護老人ホーム北勝園は、入所者に対して、指定介護老人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、契約上ご注意して頂くことをご案内致します。特別養護老人ホーム北勝園のご利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3」・「要介護4」・「要介護5」の認定を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. 職員配置状況
5. サービス内容
6. ご利用料金とお支払方法
7. 虐待防止について
8. 事故発生時の対応
9. 損害賠償について
10. 緊急時の対応について
11. 連帯保証人について
12. 苦情申し立て窓口
13. サービスの第三者評価の実施状況
14. 非常災害対策
15. 感染症対策
16. 施設ご利用にあたっての留意事項

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 北養会
- (2) 法人所在地 茨城県水戸市東原 3-2-7
- (3) 代表者氏名 理事長 大久保 泰子
- (4) 設立年月日 昭和 56 年 11 月 6 日

2. ご利用施設

(1) 施設の種類

指定介護老人福祉施設

(2) 施設の目的

特別養護老人ホーム北勝園（以下「当施設」とする）は、介護保険法令に従い、入所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出来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します。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頂けます。

(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム北勝園

(4) 施設所在地 茨城県ひたちなか市津田 2093-1

(5) 電話番号 029-272-1178

(6) 施設長氏名 薄井 崇

(7) 開設年月日 昭和 57 年 4 月 7 日

(8) 利用定員 50 名

3. 居室の概要

当施設は、以下の居室・設備をご用意しています。

居室	(2 人部屋) 3 室 (4 人部屋) 11 室	浴室	一般浴槽 2 据え 特殊浴槽 2 据え
面談室	2 室	静養室	1 室
医務室	1 室	食堂	1 室
厨房	1 室		

4. 職員配置状況

当施設では、入所者に対し、指定介護老人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）

※職員配置については、指定基準を遵守しています。

※令和6年4月1日現在

	常勤換算	指定基準
管理者	1	1
医師	0.1以上	健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
生活相談員	1以上	1以上
機能訓練指導員	1以上	1以上
事務職員	1以上	適当数
介護職員・	19.4以上	19.4以上
看護職員	2以上	2以上
介護支援専門員	1以上	1以上
栄養士または管理栄養士	1以上	1以上
調理員	2以上	適当数

※1 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で除した数(小数点以下切り捨て)

※2 指定基準：特養利用定員50名(満床時)と併設短期入所利用定員14名(満床時)、計64名に対しての必要配置人数

5. サービス内容

①施設サービス計画の立案

- ・解決すべき課題を把握し、入所者ご本人、ご家族の意向を踏まえた上で、サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での意点等を盛り込んだ施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

②食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入所者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・医師、管理栄養士等が連携し、入所者ごとに栄養状態を把握し、個々人の摂食・嚥下機能に着目した食形態にも配慮して栄養ケア計画を作成します。
- ・入所者の自立支援のため、離床して共同生活室にて食事を摂って頂くことを原則としています。
- ・バイキング食、複式献立、行事食などがあります。
- ・調理法にクックチルシステムを採用し、適時適温給食を行います。
- ・入所者の希望や体調に応じ、提供時間及び場所を変更します。

- ・食事時間 朝食 7 : 5 0
 昼食 1 2 : 0 0
 夕食 1 8 : 0 0

③入浴

- ・入浴または清拭を原則週 2 回行います。週 3 回以上の入浴は、入所者のご希望に沿って個別に実施します。入浴については入所者の身体状況に合わせ、一般浴槽または機械浴槽で実施します。

④排泄

- ・排泄の自立を促すため、入所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

- ・個別計画を立て、入所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、または減退を防止する為の機能訓練を行います。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員を中心に健康管理を行います。
- ・協力病院と 2 4 時間連絡体制を確保し、健康上の管理を行います。

⑦口腔ケア

- ・当施設では毎食後、入所者の状態に合わせた口腔ケアを行います。
- ・経管栄養者に対しては、誤嚥予防の観点から口腔内清拭等、口腔内の清潔保持に努めます。

⑧自立への支援

- ・寝たきり防止の為、出来る限り、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。

⑨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、診療や入院治療を受けることが出来ます。

<協力医療機関>

医療機関の名称	北水会記念病院
所在地	水戸市東原 3 - 2 - 1
電話番号	0 2 9 - 3 0 3 - 3 0 0 3
Fax 番号	0 2 9 - 3 0 3 - 3 0 0 4
診療科	内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科ほか

<協力歯科医療機関>

医療機関の名称	長尾歯科
所在地	ひたちなか市津田 2598-1
電話番号	029-274-2321

医療機関の名称	ツキムラ歯科医院
所在地	ひたちなか市三反田 5082-6
電話番号	029-270-1418

⑩サービス向上の為の取り組み

- ・提供するサービスの改善や、向上を目的に委員会を設置し、会議を開催しています。
- ・委員会や会議等の開催については、情報通信機器を活用する場合があります。

⑪その他

- ・当施設ではサービスの提供にあたり、原則として身体拘束を行いません。また、人員配置上、24時間つきっきりの介護は困難です。従って、不測の事態の発生も考えられます。私どもも十分注意して介護にあたり、緊急時には迅速に対応するよう努めて参りますが、ご家族もその点をご理解下さいますようお願い致します。

6. ご利用料金とお支払方法（契約書第9・10条参照）

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

※一定以上の所得がある場合は、介護保険負担割合が2割、3割となります。

<基本サービス費：従来型個室・多床室>

※7級地（1単位：10.14円）

要介護度	単位	1日当たりの負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	589 単位/日	597 円	1,194 円	1,791 円
要介護2	659 単位/日	668 円	1,336 円	2,004 円
要介護3	732 単位/日	742 円	1,484 円	2,226 円
要介護4	802 単位/日	813 円	1,626 円	2,439 円
要介護5	871 単位/日	883 円	1,766 円	2,649 円

<各種加算>

加算名	単位数	自己負担金		
		1割	2割	3割
日常生活継続支援加算	36 単位/日	36 円	73 円	109 円
看護体制加算	(Ⅰ)	6 単位/日	6 円	12 円
	(Ⅱ)	13 単位/日	13 円	26 円
夜勤職員配置加算	(Ⅰ)	22 単位/日	22 円	44 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12 単位/日	12 円	24 円	36 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	20 円	40 円	60 円
個別機能訓練加算(Ⅲ)	20 単位/月	20 円	40 円	60 円
外泊時費用加算	246 単位/日	249 円	498 円	748 円
初期加算	30 単位/日	30 円	60 円	91 円
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	11 円	22 円	33 円
経口移行加算	28 単位/日	28 円	56 円	85 円
経口維持加算(Ⅰ)	400 単位/月	405 円	811 円	1,212 円
経口維持加算(Ⅱ)	100 単位/月	100 円	202 円	304 円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90 単位/月	91 円	182 円	273 円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 単位/月	111 円	223 円	334 円
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位/日	73 円	146 円	219 円
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位/日	146 円	292 円	438 円
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日前日及び前々日	680 単位/日	689 円	1,379 円	2,068 円
看取り介護加算(Ⅰ) 死亡日	1,280 単位/日	1,297 円	2,595 円	3,893 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位/月	3 円	6 円	9 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位/月	13 円	26 円	39 円
排せつ支援加算(Ⅰ)	10 単位/月	10 円	20 円	30 円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50 単位/月	50 円	101 円	152 円
協力医療機関連携加算	100 単位/月	101 円	202 円	304 円
安全対策体制加算(初日のみ)	20 単位/回	20 円	40 円	60 円
身体拘束廃止未実施減算		10%/日減算		
栄養マネジメント未実施減算		14 円/日減算		
安全管理体制未実施減算		5 円/日減算		
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		14.0%		

①日常生活継続支援加算

認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、且つ介護福祉士の資格を有する介護職員を一定の割合以上配置している場合

②看護体制加算

ア. 看護体制加算（Ⅰ） 常勤の看護師を配置している場合

イ. 看護体制加算（Ⅱ）（Ⅰ）を算定、且つ基準を上回る看護職員の配置しており、24時間の連絡体制を確保している場合。

③夜間職員配置加算

夜勤を行う職員配置基準を超えて職員を配置している場合

④個別機能訓練加算

機能訓練指導員など多職種が共同して個別機能訓練計画を作成し、実施した場合

⑤外泊時費用加算 入院又は外泊した日の翌日から起算して1月につき6日を限度に算定

⑥初期加算

入所に伴い様々な支援が必要なことから入所後30日に限り加算

⑦栄養マネジメント強化加算

管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成、実施及び評価を行った場合

⑧経口移行加算

経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合

⑨経口維持加算

誤嚥が認められる方に対し、経口維持計画を作成及び特別な管理を行う場合

⑩口腔衛生管理加算

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士等が、入所者に対し、口腔ケアを行った場合

⑪看取り介護加算

医師が終末期であると判断した入所者について、看取り介護を行った場合

⑫褥瘡マネジメント加算

褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目についての定期的な評価を元に、多職種が協働して支援計画を作成し、計画的に管理を行った場合

⑬排せつ支援加算

排泄障害のため、排泄介助を要する入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合

⑭科学的介護推進体制加算

さまざまなケアにより記録している入所者の状態像に関する情報について、厚生労働省が指定するデータベースに情報提供をし、得られるフィードバックをもとに、PDCAによりケアの質を高めていく取組を行った場合

⑮協力医療機関連携加算

協力医療機関との間で、当該入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合

⑯介護職員等処遇改善加算

ある一定の要件を満たした介護サービス事業所に勤務する介護職員等の賃金改善に充てる事を目的としたもの

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第9条第3項)

<1日当たりの居住費・食費>

対象者		区分 利用者 負担	居住費			食費						
			多床室	従来型 個室	ユニット 個室							
生活保護受給の方		世帯 全員が…	段階1	0円	380円	880円	300円					
市町村民税非課税の 老年福祉年金受給の方												
市町村民税非課税かつ 本人年金収入等80万円以下 の方								段階2	430円	480円	880円	390円
非課税かつ本人年金収入等 が80万円超120万円以下								段階3①	430円	880円	1,370円	650円
非課税かつ本人年金収入等 が120万円超		段階3②	430円	880円	1,370円	1,360円						
世帯に課税の方がいるか、本人が市町 村民税課税		段階4	915円	1,231円	2,066円	1,850円						

<その他の料金>

- ① 特別な食費 ※メニューによって異なります
※希望者のみ、別途徴収となります。
- ② 理美容代 施術によって異なる
- ③ 喫茶代 110円/品
- ④ 入所者からの指定医療機関への受診介助 (北水会記念病院以外)
所要時間1時間まで 2,000円/ 以後30分毎に加算 1,000円
交通費 22円/Km
尚、その通院に関わる諸経費(駐車料金等)についても、別途ご請求させていただきます。
- ⑤ 送迎料金 (自宅・医療機関・外出先)
所要時間 1時間まで 1,200円/以後、30分毎に加算 600円
交通費 22円/Km
- ⑥ 入所時の自費送迎代 1,840円 (税込)
- ⑦ 経管栄養が必要な方に使用する備品代
 - ・懸濁ボトル 150円 (税込)
 - ・ディスポシリンジ 110円 (税込)
 - ・経管栄養点滴セット 150円 (税込)
(経管栄養ボトル・経管栄養カテーテル)
- ⑧ 痰の吸引が必要な方に使用する備品代
 - ・吸引用チューブ 65円 (税込)

⑨ その他

娯楽設備の利用料，外出時買物費用，個別の日用品費等
訪問販売購入費、特別な食事(メニューによって異なります)

(3) お支払方法

前記のうち自己負担分については、1 ヶ月ごとに計算しご請求致しますので、翌月 20 日 (口座自動引落の方は翌月 15 日)までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。入金を確認次第、領収証を発行致します。

お支払方法	銀行振込	口座自動引落
-------	------	--------

なお、当施設に年金等について保管管理を依頼される方につきましては、お預かり金より振り替えさせて頂き、領収書を保管するとともに、明細等をご家族にご通知申し上げます。

7. 身体拘束および虐待防止について

身体拘束および虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、研修の実施、担当者の設置等の措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

- (1) 当施設は、入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当施設は、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ます。

9. 損害賠償について (契約書第 17 条参照)

当施設において、従業者の責任により、入所者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。また、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、入所者もしくはその家族等に故意又は過失が認められ、かつ入所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、当施設の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 緊急時の対応について

緊急時（体調悪化や急変などの非常時）に施設から連絡がとれるよう、連絡先を3カ所登録させていただきます。施設からは1から順に連絡を入れますが、1カ所に連絡がとれた場合、以降の連絡先には連絡は致しません。

【緊急連絡先1】

氏名		続柄	
住所			
電話番号1			
電話番号2			

【緊急連絡先2】

氏名		続柄	
住所			
電話番号1			
電話番号2			

【緊急連絡先3】

氏名		続柄	
住所			
電話番号1			
電話番号2			

【指定医療機関】 ※協力病院ではない、受診等の指定病院・主治医がある場合に記載

医療機関の名称			
所在地			
診療科		主治医名	
電話番号		Fax 番号	

1 1. 連帯保証人について

当施設では、契約締結にあたり、連帯保証人の設定をお願いしています。

- (1) 連帯保証人は、入所者(甲1)及び甲2と連帯して、本契約から生じる入所者(甲1)の債務を負担するものとします。
- (2) 前項の連帯保証人の負担は、極度額150万円を限度とします。
- (3) 連帯保証人が負担する債務の元本は、入所者(甲1)又は甲2が死亡したときに、確定するものとします。
- (4) 連帯保証人の請求があったときは、当施設は、連帯保証人に対し、遅滞なく、入所者(甲1)等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者(甲1)の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

1 2. 苦情申し立て窓口

(1) 苦情受付窓口

窓口担当者 古内 孝枝 (施設生活相談員)
稲葉 治和 (施設介護支援専門員)
解決責任者 薄井 崇 (施設長)
場 所 茨城県ひたちなか市津田 2093-1
連 絡 先 029-272-1178
受付時間 9:00~17:00

(2) その他苦情受付機関：各市町村受付窓口

- ・茨城県運営適正委員会 (社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会内)
水戸市千波町 1918 TEL: 029-305-7193
- ・茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談室
水戸市笠原町 978 番 26 茨城県市町村会館内 TEL: 029-301-1565
- ・ひたちなか市福祉部介護保険課
ひたちなか市東石川 2 丁目 10 番 1 号 TEL: 029-273-0111
- ・水戸市介護保険課 水戸市中央 1-4-1 TEL: 029-297-1018
- ・那珂市介護長寿課 那珂市福田 1819 番地 5 TEL: 029-298-1111
- ・笠間市高齢福祉課 笠間市中央三丁目 2 番 1 号 TEL: 0296-77-1101
- ・茨城町役場長寿福祉課 東茨城郡茨城町大字小堤 1080 番地 TEL: 029-292-1111
- ・城里町長寿応援課 東茨城郡城里町大字石塚 1428-25 TEL: 029-288-3111

1 3. サービスの第三者評価の実施状況

【実施の有無】	なし
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

1 4. 非常災害対策

①災害時の対応	「非常時対応マニュアル」に基づき対応します。
②防災訓練	「非常時対応マニュアル」に基づき、日中及び夜間を想定した避難訓練を入居者の方にも参加して頂き、実施します。
③防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知設備 屋内消火栓設備 ・ガス漏れ報知器 防火扉 ・火災通報装置 誘導灯及び誘導標識 ・漏電火災報知機 非常電源（自家発電設備） カーテン等は、防災性能のあるものを使用しております。
④業務継続計画の策定等	非常災害が発生した場合に、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定の上、研修・訓練を実施する措置を講じます。
⑥防火管理者	稲葉 浩和

1 5. 感染症対策

①感染症発生時の対応	「感染症対策マニュアル」に基づき対応します。
②感染症研修・訓練	研修（感染症の基礎知識、応用研修、食中毒研修） 訓練（防護具等の着脱方法、感染者や濃厚接触者に対応、施設内ゾーニングおよび飛沫感染予防策の訓練）
③感染症対策備品	防護具等（サージカルマスク、眼の防護具、長袖ガウン、手袋）、消毒液（エタノール等）
④業務継続計画の策定等	感染症が発生した場合に、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定の上、研修・訓練を実施する措置を講じます。
⑤衛生管理等	感染症の予防及びまん延の防止に関する取組の徹底を求めるため、訓練を実施する措置を講じます。

1 6. 施設ご利用にあたっての留意事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出て下さい。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得て下さい。（面会時間／10：00～16：00）
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を当施設に届け出て下さい。外泊は1ヶ月に6日以内とします。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
居室の決定	居室及び居室移動の決定は、心身の状況に応じて、施設側で行います。また、入院中については、居室はショートステイ室として使用致します。

上靴の使用	館内では安全のため、上靴の着用をお願い致します。
貴重品の管理	貴重品（金品や高価な衣類・アクセサリー・大切な思い出の品等）につきましては、当施設では責任を負い兼ねますので、出来るだけ持ち込みはご遠慮下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	嘱託医師の勤務時間以外の受診については、協力医療機関への送迎を除き、ご家族の送迎、付き添いによる受診となります。
迷惑行為	<p>共同生活を営む上で、お互いに気持ち良く暮らす為に、以下の迷惑行為はご遠慮ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・騒音となる大きな音を発信したり発声したりすることはお控えください。 ・他人の誹謗中傷等心無い言動や言いふらし行為は謹んで下さい。 ・むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。
禁止行為	<p>禁止行為が確認された場合、施設を退所(契約の解除)していただくことがございます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設内へのペットの持ち込みおよび飼育 ・刃物等、人に危害を与える危険物を持ち込むこと ・決められた場所以外での喫煙 ・当施設やその従業者または他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような行為、宗教活動、政治活動、営利活動を行うこと ・契約書第 11 条 3 項にある、他の入所者等の生命・身体および財産を傷つける行為 ・契約書第 11 条 3 項にある、他の入所者等に対する暴力、暴言威嚇等の行為（不当な要求も含む） <p>※従業者に対して職務内容を著しく超えた対応を求めること、社会通念上及び公序良俗に反する要望・対応を求めることはご遠慮ください。従業者による通常業務の遂行の妨げとなる著しい迷惑行為は、入所契約書第 15 条第 4 項に抵触します。</p>
警察への通報	入所者及び家族等その関係者による暴力、迷惑行為等が発生した場合は、警察へ通報させて頂く場合があります。
その他	入所者及び家族間のトラブル（金銭関係、相続書類等）に関しては、当施設は一切関与致しません。

施設介護サービスの提供開始にあたり、甲らに対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者（乙）
茨城県ひたちなか市津田 2093-1
社会福祉法人 北養会
理事長 大久保 泰子
特別養護老人ホーム 北勝園
施設長 薄井 崇

説明担当者 _____

私は、本書面に基づいて乙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。

令和 年 月 日

甲 1 (入所者)

住所 _____

氏名 _____ (印)

甲 2 (代理人)

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____