

# 「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

特別養護老人ホーム  
オレンジホーム

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(栃木県指定 第0970500229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。

## 〔目 次〕

1. 施設経営法人.....	1
2. ご利用施設.....	2
3. 居室の概要.....	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.....	4
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）.....	15
7. 残置物引取人.....	17
8. 苦情の受付について.....	18
9. 緊急時の対応について.....	18

### 1. 施設経営法人

- |           |                |
|-----------|----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 緑風会     |
| (2) 法人所在地 | 栃木県鹿沼市下日向438-1 |
| (3) 電話番号  | 0289-63-3800   |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 福田 英夫      |
| (5) 設立年月  | 平成5年2月8日       |

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成12年2月1日指定  
栃木県指定 第0970500229号
- (2) 施設の目的 当施設は、介護保険法令に従い、ご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、必要な居室及び共用施設等をご利用いただき介護福祉施設サービスを提供する。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム オレンジホーム
- (4) 施設の所在地 栃木県鹿沼市富岡492-2
- (5) 電話番号 0289-63-3807
- (6) 施設長（管理者）施設長 星野 正人
- (7) 当施設の運営方針 当施設は、ご利用者の方々が安心と生き甲斐のある日常生活を送っていただけるよう“ゆとりとうるおい、輝く笑顔”をモットーに運営する。
- (8) 開設年月 平成9年6月1日
- (9) 入所定員 60人

## 3. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋です。

居室・設備の種類	室数	備考
4人部屋	12室	多床室
2人部屋	8室	多床室
1人部屋	6室	従来型個室
合計	26室	
食堂	1室	
機能訓練室	1室	
浴室	1室	特殊浴槽・個人浴槽 機械浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人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・設備の利用にあたって、ご利用者に特別にご負担をいただく費用はありません。

※居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状

況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく費用・・・居住費

※居住費は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご利用者に別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用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。

〈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います。

職種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名以上	1名
2. 介護職員	20名以上	18名
3. 生活相談員	1名以上	1名
4. 看護職員	3名以上	3名
5. 機能訓練指導員	1名以上	1名
6. 介護支援専門員	1名以上	1名
7. 医師	1名（非常勤）	1名（非常勤）
8. 栄養士（管理栄養士）	1名以上	1名

※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（例：週40時間）で除した数です。  
 （例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師	毎週火・金曜日 13:00～16:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～16:00 3名 日中： 9:00～18:00 3名 日中： 10:00～19:00 5名 夜間： 14:00～23:00 3名 22:15～ 7:15 3名
3. 看護職員 機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～16:00 1名 日中： 9:00～18:00 1名 日中： 10:00～19:00 1名

☆土日は上記と異なります。

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

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<br>(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

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、通常は利用料金の9割（通常1割が自己負担）が介護保険から給付されます。

※自己負担の割合は介護保険負担割合証によります。

## <サービスの概要>

### ①居室の提供

### ②食事

・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用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。

・ご利用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。

（食事時間）朝食：7：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

（\*食事時間はご希望によって変更が出来ます）

### ア) 栄養マネジメント 1日14単位

常勤の管理栄養士を1名以上配置し、医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して利用者の栄養状態を把握し、摂食・嚥下機能及び食形態にも考慮した栄養ケア計画を作成し、定期的に見直し評価します。

### イ) 経口移行（該当者） 1日28単位

栄養マネジメント加算を算定しており、経口移行計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員による支援が行われた場合加算となります。

### ウ) 経口維持（I）（該当者） 1月 400単位

現に経口摂取されている方で、摂食機能障害や誤飲のある入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合であつ

て、医師又は歯科医師（歯科医師の指示の場合は、それを受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る）の指示に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合加算となります。

**経口維持（Ⅱ）（該当者） 1月 100単位**

経口維持加算（Ⅰ）を算定しており、協力歯科医療機関を定めている場合に、経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に、人員基準規定以外の医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算（Ⅰ）に加えて算定します。

**エ）口腔衛生管理体制 1月 30単位**

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に口腔に係る技術的助言及び指導を月1回以上行ない、入所者の口腔ケアマネジメントに係る計画を作成し行ないます。

**オ）口腔衛生管理 1月 90単位**

口腔衛生管理体制加算を算定しており、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月2回以上行い、介護職員に対して当該入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導を行った場合に算定します。

**カ）療養食（該当者） 1回 6単位**

**（1食を1回とし、1日3回を限度とする）**

医師の発行する食事箋に基づき、入所者の年齢、心身状況によって適切な内容の療養食を提供します。（肝臓食・腎臓食・糖尿食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓食・高脂血症食・痛風食等）

**キ）低栄養リスク改善（該当者） 1月 300単位**

栄養マネジメント加算を算定しており、経口移行加算及び経口維持加算を算定していない低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が共同して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど、低栄養リスクの改善に取り組みます。

**ク）再入所時栄養連携 1回 400単位**

入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に算定されます。

※栄養マネジメント加算を算定している場合

**③入浴**

・入浴又は清拭を週2回行います。

- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ④排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ア) 排せつ支援加算 1月 100単位

- ・排せつ障害等のため、排せつに介護を要する入所者に対し、多職種が共同して排せつに介護を要する原因を分析し、明らかになった結果を踏まえて個別の支援計画を作成し、その計画に基づき支援をした場合に算定されます。

#### ⑤機能訓練

##### ア) 個別機能訓練加算 1日 12単位

- ・専従の機能訓練指導員を1名以上配置し、看護・介護職員と共同して個別機能訓練計画書を作成し、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を実施します。

##### イ) 生活機能向上連携加算 1月 200単位

(個別機能訓練加算を算定している場合は100単位)

- ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等が当施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同して入所者ごとに個別機能訓練計画を作成した上で、当該計画に基づき計画的に機能訓練を実施します。

#### ⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

※ 利用者の重度化に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、常勤看護師の配置や基準を上回る看護職員の配置を致します。

##### ア) 看護体制(Ⅰ) 4単位・・常勤看護師の配置

##### 看護体制(Ⅱ) 8単位・・基準を上回る看護職員配置

##### イ) 褥瘡マネジメント加算 1月 10単位(3月に1回を限度とする)

- ・入所者の褥瘡発生を予防するため、指標を用いて褥瘡の発生と関連の強い項目について定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理を行った場合に算定されます。

#### ⑦その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、でき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、適切な整容が行なわれるよう援助します。
- ※介護の困難な利用者に対し、質の高いケアを実施する観点から、下記のように職員を配置致します。

**ア) 日常生活継続支援 1日 36単位**

①算定日の属する月の前6月間又は12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4～5の割合が70%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上。

②たんの吸引等が必要な利用者の占める割合が入所者の15%以上。

※①又は②の要件のどちらかを満たしている場合に該当。

**イ) 夜勤職員配置(Ⅰ) 1日 13単位**

- ・夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上上回っている。※見守り機器の導入等の基準を満たす場合は0.9人以上

**夜勤職員配置(Ⅲ) 1日 16単位**

- ・上記①の要件に加えて、夜勤時間帯を通じて喀痰吸引等の実施ができる介護職員・看護職員を配置している。

**ウ) ①サービス提供体制強化(Ⅰ) 1日 18単位**

- ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合60%以上

**②サービス提供体制強化(Ⅰ) 1日 12単位**

- ・看護・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上

**③サービス提供体制強化(Ⅱ) 1日 6単位**

- ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上

**④サービス提供体制強化(Ⅲ) 1日 6単位**

- ・入所者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数3年以上の占める割合が30%以上

(日常生活継続支援加算とサービス提供体制強化加算は同時に行いません。)

**⑧若年性認知症入所者受入 1日 120単位**

- ・初老期に於いて認知症となった入所者(若年性認知症入所者)を受け入れた場合、入所者ごとに個別の担当者を定めて対応いたします。

**⑨認知症専門ケア**

**①認知症専門ケア(Ⅰ) 1日 3単位**

イ) 入所者の総数のうち、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者の占める割合が2分の1以上であること。

ロ) 認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、対象者の数が20人未満の場合には、1に、当該対象者の数が19を超えて10又はその端

数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しています。

ハ) 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的に関催しています。

**②認知症専門ケア（Ⅱ） 1日 4単位**

イ) ①の基準のいずれにも適合すること。

ロ) 認知症指導者研修修了者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導等を実施しています。

ハ) 介護職員、看護職員毎の認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定しています。

**⑩虐待防止の徹底（身体拘束の禁止）**

・ご利用者又はご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、身体その他ご利用者の行動を制限する行為は行いません。

「緊急やむを得ない場合」とは切迫性・非代替性・一時性の三要件をすべて満たす場合をいう。

「緊急やむを得ず身体拘束を行う場合」は、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。



<サービス基本利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご利用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）と居室及び食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

※1割負担の場合、1日当たり：円

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	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
多床室	5,647円	6,337円	7,047円	7,736円	8,406円
従来型個室	5,647円	6,337円	7,047円	7,736円	8,406円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,082円	5,703円	6,342円	6,962円	7,565円
	5,082円	5,703円	6,342円	6,962円	7,565円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	565円	634円	705円	774円	841円
	565円	634円	705円	774円	841円
4. 食事に係る負担額					
被保険第1段階	300円				
被保険第2段階	390円				
被保険第3段階	650円				
被保険第4段階以上	1,380円				
5. 居住に係る自己負担額 <従来型特養多床室>					
被保険第1段階	0円				
被保険第2段階	370円				
被保険第3段階	370円				
被保険第4段階以上	840円				
6. 居住に係る自己負担額 <従来型特養個室>					
被保険第1段階	320円				
被保険第2段階	420円				
被保険第3段階	820円				
被保険第4段階以上	1,150円				
7. 自己負担額合計 多床室（3+4+5）	2,785円	2,854円	2,925円	2,994円	3,061円
従来型個室 （3+4+6）	3,095円	3,164円	3,235円	3,304円	3,371円

※ご利用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。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、ご利用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。

※介護報酬の改定が行なわれ、1カ月の利用料金の合計額に、国家公務員の地

域手当に準じた地域区割りが介護報酬単価に含まれます。(自己負担は介護保険負担割合証により1割又は2割)

※介護職員処遇改善加算の要件を満たす場合は、1カ月の利用料金合計額にサービス別加算率を乗じた額をお支払い頂きます。(自己負担は介護保険負担割合証により1割又は2割)

※外出・外泊・入院等で居室を空けて置く場合は、第1～第3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用がうけられますが、7日目からは別途料金が発生します。

※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、ご利用者の負担額を変更します。

※居室と食事に係る費用について、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。

※ご利用者が、短期入院又は外泊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。※1割負担の場合  
但し、入院又は外泊の初日及び最終日の自己負担はありません。

1. サービス利用料金	2,494円
2. うち、介護保険から給付される金額	2,244円
3. 自己負担額(1-2)	250円

※入居後30日に限り、初期加算として基本1日30単位の割り増しになります。

#### ※外泊時の在宅サービス利用 1日 560単位

・入所者が外泊時に当事業所の提供する在宅サービスを利用した場合に算定されます。但し、外泊の初日及び最終日には算定されません。

#### ※退所前訪問相談援助加算 460単位

・退所に先立って、介護支援専門員、生活相談員等が居宅を訪問し入所者・家族等に退所後のサービス利用について相談援助を行った場合、入所中1回を限度として頂きます。(但し、入所後早期に相談援助の必要がある場合は2回)

#### ※退所後訪問相談援助加算 460単位

・入所期間が1月を越える入所者が退所後30日以内に介護支援専門員、生活相談員等が、居宅を訪問し、入所者・家族等に退所後の居宅サービス、地域密着型サービスその他の保健医療サービス又は福祉サービスについて相談

援助を行った場合退所後1回を限度として算定致します。

入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定することになります。

但し次の場合には算定しません。

- a 退所して病院又は診療所へ入院する場合
- b 退所して他の介護保健施設へ入院又は入所する場合
- c 死亡退所の場合

### **※退所時相談援助 400単位**

入所期間が1月を越える入所者が退所時に、入所者・家族等に対し、退所後のサービス利用についての相談援助を行ない、かつ入所者・家族の同意を得て、退所の日から2週間以内に入所者の退所後の居住地を管轄する市町村・老人介護支援センターに対し、入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供した場合に、1回を限度として算定いたします。又、入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であっても入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等に対してご利用者の介護状況を示す文書を添えてご利用者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定いたします。

相談援助内容

- a 食事、入浴、健康管理等在宅又は社会福祉施設等における生活に関する相談援助
- b 退所する者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う各種訓練等に関する相談援助
- c 退所する者の介助方法に関する相談援助

### **※退所前連携加算 500単位**

入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対し、入所者の同意を得て、入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、1回を限度として算定することとなります。

### **※看取り介護加算**

医師が終末期にあると判断した入所者について、医師、看護師、介護職員

等が協働して、入所者又は家族の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画書を作成し、家族等に入所者の状態等を随時説明し、同意を得て、ターミナルケアを行った場合、また、看取りに関する指針に基づき、医師等の相互の連携の下、介護についての説明を受けたうえで、介護を受けている場合に、死亡前30日を限度として、死亡月に加算する。但し、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しない。なお、②看取り介護加算（Ⅱ）は配置医師緊急時対応加算の算定に係る体制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合に算定される。

①看取り介護加算（Ⅰ）

- ア) 死亡日以前4日以上30日以下・ 144単位/日
- イ) 死亡日の前日及び前々日 ・ 680単位/日
- ウ) 死亡日 ・ 1, 280単位/日

②看取り介護加算（Ⅱ）

- ア) 死亡日以前4日以上30日以下・ 144単位/日
- イ) 死亡日の前日及び前々日 ・ 780単位/日
- ウ) 死亡日 ・ 1, 580単位/日

**※在宅復帰支援機能加算 1日 10単位**

在宅復帰を支援する観点から

- ①入所者の家族との連絡調整を行っていること。
- ②退所日から30日以内に従業員が居宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者からの情報提供を受け、入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、居宅サービス利用に関する調整を行い、退所後の在宅生活が1カ月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。

**※在宅・入所相互利用加算 1日 40単位**

在宅生活を継続する観点から、在宅と施設それぞれの介護支援専門員が利用者に関する情報交換を十分に行いつつ、在宅期間及び入所期間（入所期間については3ヶ月を限度。）を定めて、介護老人福祉施設の居室を計画的に利用する場合に加算する。

**※配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間の場合 1回 650単位  
深夜の場合 1回 1,300単位**

看護体制加算（Ⅱ）を算定している等の一定の要件を満たしている場合で、配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合に加算する。

#### ◇ 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（市長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、施設利用の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

[単位：万円]（月額概数）

対象者		区分	居住費(居住の種類により異なります)		食費
			多床室 (相部屋)	従来型個室	
生活保護受給者		利用者負担 段階1	0	1.0	1.0
老齢福祉年金受給者					
市町村 民税非 課税世 帯全員 が	課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担 段階2	1.1	1.3	1.2
	利用者負担第2段階以外の方	利用者負担 段階3	1.1	2.5	2.0
上記以外の方		利用者負担 段階4	施設との契約により設定されます。なお、所得の低い方に補足的な給付を行う場合に基準となる平均的な費用額は次のとおりです。		
			2.5	3.5	4.2

☆実際の負担額は、日額で設定されます。

#### (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特別な食事（酒を含みます。）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費いただきます。

##### ②理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス(調髪)をご利用いただけます。

利用料金：要した費用の実費いただきます。

[美容サービス]

月に1回、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：要した費用の実費いただきます。

##### ③貴重品の管理

ご利用者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券  
年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法： 手続きの概要は以下の通りです。

- ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご利用者へ交付します。

○ 利用料金：1か月当たり1、500円（保管管理、出納管理サービス料込み）

#### ④レクリエーション、クラブ活動

ご利用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いただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

i) 主なレクリエーション行事予定

遠足・夏祭り・文化祭・クリスマス会等

ii) クラブ活動

書道・手芸・華道・芸術等（材料代等の実費をいただきます）

#### ⑤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ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

- ・下着・パジャマ・ハミガキ粉・歯ブラシ・化粧品等

おむつ代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。

#### ⑥健康管理費

○ ご利用者個人又はその家族の選択により利用もしくは使用されるもの

○ 特定の方に特別に利用もしくは使用される健康管理に要するもの

- ・インフルエンザ予防接種に係る費用、栄養補食材、医薬品等
- ・利用料金：実費をいただきます

#### ⑦家電製品持ち込みの場合

ご利用者が、施設内において個人専用の家電製品をご使用になる場合は電気料に相当する費用をいただきます。

#### ⑧利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合

ご利用者が、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つき契約時の実費をいただきます。

**※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の事由について、変更を行う2か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か月ごとに計算し、翌月20日に指定の口座から自動振り替えの方法にてお支払いいただきます。(1か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。)

・金融機関口座からの自動引き落とし  
ご利用できる金融機関：鹿沼相互信用金庫本店

### (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、ご利用者の希望により、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

医療機関の名称	山崎内科医院
所在地	鹿沼市天神町1700
診療科	内科

#### ②協力歯科医療機関

医療機関の名称	小林歯科医院
所在地	鹿沼市仲町1290

## 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、ご利用者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合  
（但し、ご利用者が平成12年3月31日以前からホームに入所している場合、本号は、平成17年3月31日までは適用されません。）
- 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、ご利用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 ご利用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）ご利用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、ご利用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7日前までに解約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 ご利用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利用者の身体・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 他の利用者がご利用者の身体・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）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① ご利用者が、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 ご利用者による、サービス利用料金の支払いが6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 ご利用者が、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・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 ご利用者が連続して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 ご利用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

### ※ご利用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ヵ月につき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、所定の利用料金をご負担いただきます。

#### 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ヶ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。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。

### <入院期間中の利用料金>

上記、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。

なお、ご利用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いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

### (3) 円滑な退所のための援助

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

※ご利用者が退所後、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。

## 7. 残置物引取人

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利用者の所持品(残置物)をご利用者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

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、引渡しにかかる費用については、ご利用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. 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専用窓口で受け付けます。

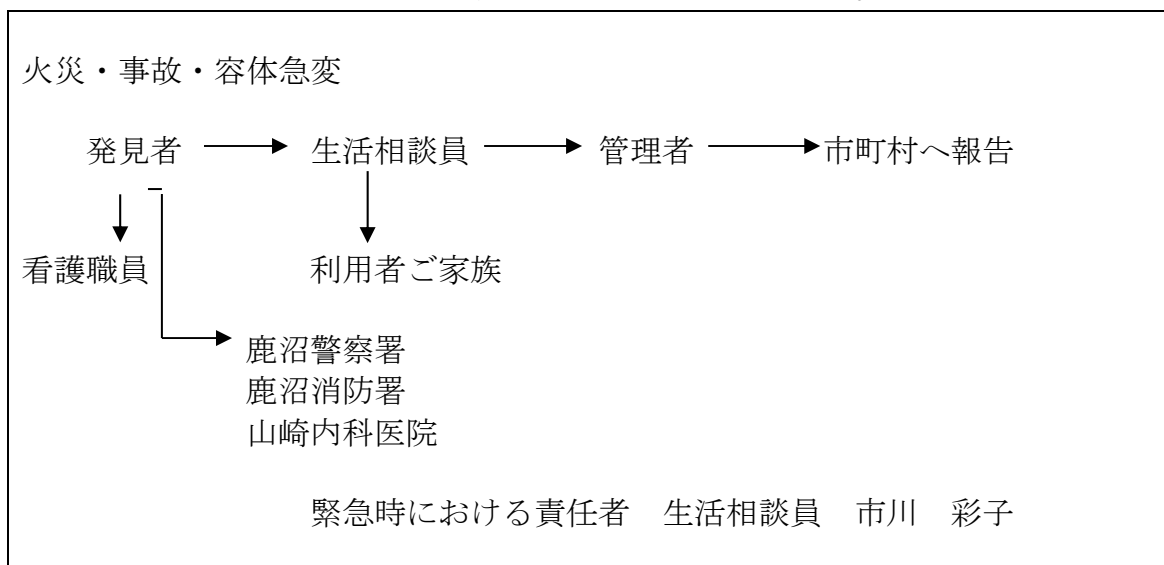
- |              |                         |
|--------------|-------------------------|
| ○苦情受付窓口（担当者） | 市川 彩子                   |
| [職名]         | 生活相談員                   |
| ○受付時間        | 毎週月曜日～土曜日<br>9：00～17：00 |

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

鹿沼市介護保険課	所在地 鹿沼市今宮町1688-1 電話番号 0289-63-2286 FAX 0289-63-2284 受付時間 午前9時から午後5時
栃木県国民健康保険団体 連合会	所在地 宇都宮市本町3-9 栃木県本町 合同ビル6階 電話番号 028-643-2220 FAX 028-643-5411 受付時間 午前8時30分から午後5時

## 9. 緊急時の対応について

・下記にしたがいまして、対応させていただきます。



但し、状況によって変更する場合があります。

※その他のことにつきましても、事務所までお気軽にご相談下さい。

平成 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。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム オレンジホーム

説明者職名 生活相談員 市川 彩子 印

介護支援専門員 石川 友絵 印

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、受領いたしました。

利用者住所

氏名 印

家族住所

氏名 印

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込者又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。