

ローズヒル

指定介護老人福祉施設

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(神奈川県指定事業所 第1472000239号)

当事業所はご契約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。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。

1. 施設経営法人の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 つちや社会福祉会
- (2) 法人所在地 神奈川県平塚市土屋2196番地1
- (3) 電話番号 0463-58-6677
- (4) 代表者氏名 理事長 水島 圭一
- (5) 設立年月 昭和49年4月25日

2. ご利用施設の概要

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成11年11月1日指定
神奈川県・第1472000239号
- (2) 施設の名称 ローズヒル
- (3) 施設の所在地 神奈川県平塚市土屋2198番地7
- (4) 電話番号 0463-58-6677
- (5) 施設長（管理者） 若柳 慎司
- (6) 当施設の運営方針 運営規程 第2条
- (7) 開設年月 平成12年4月1日
- (8) 入所定員 56人
- (9) 営業日 年中無休
窓口営業日 月～金曜日（祝祭日、12/30～1/3除く）
営業時間 8時30分～17時30分

3. 設備の概要

【居室等の概要】

（短期入所生活介護 居室含む）

居室・設備の種類	室数	備考
個室	14室	従来型個室
2人室	11室	多床室
4人室	9室	多床室
食堂	2室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器]平行棒、低周波治療器等
浴室	2室	一般浴・中間浴・シャワーベッド
医務室	1室	

※当施設では上記の居室等をご用意しております。居室の選定に関しましては、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況などを勘案し、ご契約者やご家族等と協議の上決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人福祉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	常勤	非常勤	指定基準
1. 施設長（管理者）	1	1	0	1名
2. 生活相談員	2	2	0	1名
3. 介護職員	26.7	23	6	24名
4. 看護職員	5.4	3	4	3名
5. 機能訓練指導員（兼務）	0.1	1	0	1名
6. 介護支援専門員	2	2	0	1名
7. 医師（嘱託）	0.4	0	4	必要数
8. 管理栄養士	1	1	0	1名

※ 短期入所生活介護と一体的に管理

※ 令和 6年2月29日現在

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約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
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険から給付されるサービスの内容とご利用料金

以下のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に基づいた金額が介護保険から給付されます。

【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。

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。

（食事時間）

朝食：8：00～ 昼食：12：00～ 夕食：18：00～

③入浴又は清拭

ご契約者の身体の状況に合わせ、一般浴、中間浴、特浴または清拭を週 2 回実施致します。

(曜日) 特浴……月・木曜日午後、火・金曜日午前

中間浴…火・水・金・土曜日午後、水・土曜日午前

一般浴…月・木曜日午前

④介護

排泄、食事、着替え、体位交換、移動、口腔ケアなど、ご契約者の身体状況に応じて介助を行います。

⑤機能訓練

ご契約者の残存機能を最大限に生かし、維持向上を図るための機能訓練や生活リハビリのサービスを行います。

⑥相談及び援助

ご契約者からの生活上の相談、ご家族との連絡調整、行事企画、行政手続き代行等を行います。

⑦健康管理

ご契約者の健康管理、看護処置、衛生管理を行います。また、容体の急変など緊急時には、救急当番医又は協力医療機関等にて受診できるよう、連絡・調整を行います。

(当施設の協力医療機関)

名 称： 社会福祉法人 恩賜財団 済生会湘南平塚病院

診療科 内科・外科・整形外科・形成皮膚科・口腔外科・脳神経科・泌尿器科

名 称： なでしこクリニック

診療科 内科・外科・胃腸科

名 称： 富士見台病院

診療科 精神科

名 称： 萩原歯科

診療科 歯科

⑧身体拘束に関する取り決め

ご契約者の立場にたち日々ご自分らしく生活をして頂くとともに、お客様の人権を尊重するために、身体拘束は行っておりません。但し、緊急やむを得ない場合は必要な手順に従って対応を行います。

(→『身体拘束等行動制限についての取扱要綱』参照)

⑨その他

自立支援のため、可能な限りご契約者が離床していただけるよう援助します。

ご利用料金 (1日) あたり

別紙の料金表によって、ご契約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) と居室に係る自己負担額、食事に係る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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。)

【別紙表① 参照】

☆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。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。

【サービス利用料金(加算)】

安全管理体制未実施減算	-5 単位/日	
栄養管理の基準を満たさない場合	-14 単位/日	
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100 単位/月	
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200 単位/月	
ADL維持等加算(Ⅰ)	30 単位/月	
ADL維持等加算(Ⅱ)	60 単位/月	
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36 単位/日	○
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46 単位/日	
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90 単位/日	
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 単位/日	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位/日	
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位/日	
排せつ支援加算(Ⅰ)	10 単位/日	
排せつ支援加算(Ⅱ)	15 単位/日	
排せつ支援加算(Ⅲ)	20 単位/日	
自立支援促進加算	300 単位/月	
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40 単位/月	
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50 単位/月	
安全対策体制加算	20 単位/回	○
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位/日	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日	
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/日	
看護体制加算(Ⅰ)ロ	4 単位/日	○
看護体制加算(Ⅱ)ロ	8 単位/日	○
夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	13 単位/日	○
個別機能訓練加算(Ⅰ)	12 単位/日	
個別機能訓練加算(Ⅱ)	20 単位/月	
若年性認知症入所者受入加算	120 単位/日	
常勤専従医師配置加算	25 単位/日	
精神科医師定期的療養指導加算	5 単位/日	○
障害者生活支援体制加算(Ⅰ)	26 単位/日	

障害者生活支援体制加算（Ⅱ）		41 単位／日	
初期加算		30 単位／日	○
再入所時栄養連携加算		200 単位／月	
療養食加算		6 単位／回	
看取り加算（Ⅰ）	死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位／日	○
	死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位／日	
	死亡日前日、前々日	680 単位／日	
	死亡日	1280 単位／日	
看取り加算（Ⅱ）	死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72 単位／日	
	死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144 単位／日	
	死亡日前日、前々日	780 単位／日	
	死亡日	1580 単位／日	
配置医師緊急時対応加算	早朝・夜間	650 単位／1 回	
	深夜	1300 単位／1 回	
退所時等相談援助加算	退所前訪問相談援助加算	460 単位／回	
	退所後訪問相談援助加算	460 単位 (1 回限り)	
	退所時相談援助加算	400 単位 (1 回限り)	
	退所前連携加算	500 単位 (1 回限り)	
在宅復帰支援機能加算		10 単位／日	
在宅・入所相互利用加算		40 単位／日	
認知症行動・心理症状緊急対応加算		200 単位／日 (入所後 7 日に限り)	
経口移行加算		28 単位／日	
経口維持加算	経口維持加算（Ⅰ）	400 単位／月	
	経口維持加算（Ⅱ）	100 単位／月	
認知症専門ケア加算	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位／日	
	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位／日	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数にサービス別加算率 8.3% を乗じたもの。		○
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数にサービス別加算率 3.3% を乗じたもの。		
特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数にサービス別加算率 2.7% を乗じたもの。		○
特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数にサービス別加算率 2.3% を乗じたもの。		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数にサービス別加算率 1.6% を乗じたもの。		○
外泊時費用	246 単位／日（月 6 日を限度）		○

居住費・食費の負担額

① 居住費に要する費用《別紙表①・4》

この施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、多床室利用者の方には光熱水費相当額、個室利用者の方には光熱水費相当額及び室料（建物設備等の減価償却費等）をご負担いただきます。

② 食事の提供に要する費用《別紙表①・5》

ご利用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。
実費相当額の範囲内にてご負担いただきます。

《①及び②の負担軽減額》

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町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は、介護保険負担限度額認定証が発行され、その認定証に記載された金額（1日あたり）のご負担となります。

《負担段階の負担限度額》

食費／1日あたり (食材料費+調理に係る費用)	利用者負担第1段階	300円	
	利用者負担第2段階	390円	
	利用者負担第3段階①	650円	
	利用者負担第3段階②	1,360円	
居住費／1日あたり (従来型個室： 光熱水費+室料) (多床室：光熱水費)		従来型個室	多床室
	利用者負担第1段階	320円	0円
	利用者負担第2段階	420円	370円
	利用者負担第3段階①	820円	370円
	利用者負担第3段階②	820円	370円

(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契約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）。

ご契約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

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：実費

[美容サービス]

月1回、美容師の出張による美容サービス（調髪、パーマ、染髪）をご利用いただけます。

利用料金：実費

③貴重品の管理

下記の貴重品については、施設にて管理を代行致します。いずれか一つでも管理させて頂いた場合に料金が発生いたします。

- i 施設で管理させて頂く預り金の預金通帳（施設指定の金融機関）
- ii 上記口座の届出印又は申請時等に使用する印鑑
- iii 介護保険証
- iv 介護保険負担限度額認定書
- v 後期高齢者医療被保険者証
- vi 病院診察券・カード
- vii 身体障害者手帳（お持ちの方のみ）
- viii 年金証書（施設が認めた場合のみ）

料金：1月当たり 500 円

④預かり金又は立替金事務費用

預かり金の出納手続きをはじめ、病院・業者等への仮払い手続き、毎月の領収書の整理及びデータ入力、3ヶ月に1度預り金台帳又は自己負担金台帳を発行して個人別預かり金残高又は自己負担金内訳をお知らせ致します。

料金：1月当たり 500 円

⑤家電製品電気使用料

私物の家電製品を持ち込み、使用された場合又は、テレビをレンタルされた場合に頂きます。

使用料金：1台につき1日当たり 20 円

⑥喫茶利用料

喫茶コーナーにて、コーヒー、紅茶等を利用することができます。

利用料金：1杯 100 円

⑦証明書の発行

在籍証明、生計同一証明書など各種証明書を発行します。

料金：1通当たり 300 円

⑧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いただきます。

利用料金：1枚につき 10 円

⑨外出行事、クラブ活動等の費用

利用料金：入場料、飲食代、材料費等の実費

⑩契約書 21 条に定める所定の費用

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合には、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わる料金は介護保険法で定められた所定の要介護度別のサービス料金（全額）を頂きます。また非該当とされた場合は、直近の要介護度サービス料金を所定の料金とさせていただきます。

利用料金：法で定められた要介護度ごとのサービス料金

⑪その他

利用者個人に資する嗜好品の買物、クリーニングなどの代行手数料。

料金：1回500円 ※商品料金は実費となります。

※医師の判断により、利用者個人の医療に資する特別な衛生材料費は全額がご利用者負担となります。ご希望により、下記にて立て替える事も可能です。

・褥瘡セット…クロスガーゼ1枚	単価	4円
カテリープテープ7cm	単価	19円
・吸引セット…吸引カテテル1本	単価	32円
アルコール綿1個	単価	5.5円
・その他………包帯5cm×9cm 1巻	単価	242円
包帯7.5cm×9cm 1巻	単価	330円
滅菌メッシュケア7.5cm×10cm	単価	73円

※経済状況の著しい変化や消費税の変更、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。

6. ご利用料金のお支払い方法

前項記載のご利用料金は、1か月ごとに計算し、ご請求させていただきます。

翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | |
|---|
| ①. 金融機関口座からの自動引き落とし
※別途「ケーシーエス 介護利用料口座振替サービス」の申込みが必要です。 |
| ②. 事業所窓口での現金支払い(月曜～金曜日 8時30分～17時30分まで)
(毎月中旬ごろ請求書を発行いたします。翌月8日までの支払いをお願い致します。) |

7. ご利用中の緊急時対応方法・協力医療機関

医療を必要とする場合、ご契約者の希望により、協力医療機関において診察を受けることができます。また、急変時により緊急を要する場合は、近隣の救急病院等へ移送し、診療や入院治療が受けられるよう手配させていただきます。(但し、ローズヒルの協力医療機関においては優先的な診療・入院治療を保障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。

感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備

し、感染症の発生時に備えています。感染症の発生を確認した場合は、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、まん延防止に努めるとともに、状況についてご家族へ速やかにご連絡します。感染の状況によっては一定期間、ご家族の面会を中止させていただく場合があります。

8. ご利用の中止（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事が出来ますが、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事になります。

- 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と判定された場合又は、要介護1又は要介護2と認定され、かつ特例入所要件に該当しない場合。要介護1又は要介護2であって特例入所の要件に該当しなくなった場合。
- 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）ご契約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、ご契約者から退所を申し出る事が出来ます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに書面を添えてご通知下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所する事が出来ます。

- 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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 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
- ⑦ 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）

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事があります。

- 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・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※

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

病院等へ入院した場合及び自宅などへ外泊した場合、1ヵ月につき6日を限度に（複数の月にまたがる場合は12泊）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事が出来ます。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。

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、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事はできません。

<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

9. ハラスメントへの対応

(1) 当施設は、厚生労働省が作成した「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」に基づき、職員に対する下記のハラスメント行為を固くお断りします。

身体的暴力	・身体的な力を使って危害を及ぼす行為。 (例) 物をなげつける。たたく。唾を吐く。等
精神的暴力	・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。 (例) 怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。等
セクシャルハラスメント	・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。 (例) 必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。等
カスタマーハラスメント	・悪質なクレームや不当な要求等。 (例) 暴言を吐く。脅迫を受ける。長時間の拘束。等

※ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

※施設の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。

10. 非常災害対策

災害時の対応として、第一に利用者の安全の確保を行います。その後、可能な限り速やかにご家族への連絡を行います。このために当施設は、消火設備、非常放送設備、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な自衛消防訓練計画（避難・消火・通報）を立て、職員及びご利用者様が参加する訓練を年2回実施いたします。

また、業務継続計画（BCP）自然災害、感染症を作成し、計画に則り研修、訓練を行います。

11. 事故発生時の対応

事業者は、ご利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、事故の状況及び事故に際してとった処理について記録します。事業者内で起きた事故などに関して、事故発生を防止するための安全対策を講じるとともに、身元引受人にその状況や再発防止策を説明し、必要に応じて行政に報告します。

事故防止対策委員会を設置し事故統計や事故原因を分析し、事故に関する研修を行い職員に周知し、事故防止に努めています。

12. サービス内容の評価

事業者は、福祉サービス第三者評価制度を活用し、第三者の視点から事業者の提供するサービス内容を評価する審査を定期的に受審し、その評価結果を開示します。

受審評価機関名：株式会社 R-COPRORATION（かながわ認証第5号）

評価項目：横浜市版

評価実施期間：H28年2月～3月

評価結果公表：かながわ福祉サービス第三者評価推進機構ホームページに公開

13. 苦情の受付について

(1) 苦情解決責任者 「職名」 施設長 若柳 慎司

(2) 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） 「職名」 生活相談員 古家 悠次

○受付時間 8：30～17：30

(3) 行政機関その他苦情受付機関

平塚市役所介護保険課	所在地 平塚市浅間町9-1 電話番号 0463-23-1111 (直通) 0463-21-8790 FAX 0463-21-9742 受付時間 8：30～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 苦情専用 0570-022110 受付時間 平日 8：30～17：15

令和 年 月 日

私は、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について文書の交付をし、説明をしました。

平塚市土屋 2 1 9 8 番地 7
社会福祉法人 つちや社会福祉会
ローズヒル（神奈川県指定事業者 第 1472000239 号）

説明者 職・氏名 生活相談員 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及び、必要な利用料の計算方法について同意し、交付を受けました。

利用契約者 住所 _____

氏名 _____ 印

（署名代行の場合）

署名代行者 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。