

重要事項説明書（指定介護福祉施設サービス）

当施設が提供する指定介護福祉施設サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 施設の概要

開設者の名称	社会福祉法人 白龍会
主たる事務所の所在地	静岡県浜松市天竜区春野町堀之内 7 1
電話番号	0 5 3 - 9 8 5 - 0 3 0 1
法人の種別及び名称	社会福祉法人 白龍会
代表者職	理事長
代表者氏名	小澤 靖

施設の名称	特別養護老人ホーム秋葉の苑
施設の所在地	静岡県浜松市天竜区春野町堀之内 7 1
介護保険事業所番号	2 2 7 6 3 0 0 0 3 1
指定年月日	平成 1 2 年 4 月 1 日
交通の便	

2 施設の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制	
管理者		1 人	常勤	1 人
医師		1 人	常勤 人	非常勤 1 人
生活相談員		1 人	常勤 1 人	非常勤 人
看護職員		3 人	常勤 2 人	非常勤 1 人
介護職員		20 人	常勤 12 人	非常勤 8 人
栄養士		2 人	常勤 1 人	非常勤 1 人
機能訓練指導員		1 人	常勤 人	非常勤 1 人
介護支援専門員		1 人	常勤 1 人	非常勤 人

3 施設の設定概要

定員	○ 5 0 人
居室	4 人部屋 1 1 室 (1 室 3 6 . 6 m ²)
	2 人部屋 3 室 (1 室 3 6 . 6 m ²)
浴室	○一般浴槽 ○特殊浴槽

食堂及び機能訓練室	m ²
その他の設備	○静養室 m ² ○医務室 m ² ○面接室 m ² ○その他

4 介護福祉施設サービスの運営の方針

家庭的な雰囲気づくりにつとめつつ、サービスの質の向上を目指し、利用者の視点にたって 充分満足いただけるサービスの提供に努める。

5 利用料金

(1) 介護給付サービスによる料金

基本料金（1 日分）

介護福祉施設（Ⅱ） ＜多床室＞ 令和6年6月1日より		
	介護給付額 100%	内自己負担額
要介護度 1	5 8 9 単位	介護保険負担割合証により 1 割・2 割・3 割
要介護度 2	6 5 9 単位	
要介護度 3	7 3 2 単位	
要介護度 4	8 0 2 単位	
要介護度 5	8 7 1 単位	
看護体制加算	6 単位	
サービス提供体制加算	6 単位	
新介護職員等処遇改善加算	介護サービス費の 1 1 3 / 1 0 0 0	
地域による 1 単位の単価	1 0 . 1 4 円	
看取り介護加算（*）	1 , 4 4 0 円～1 2 , 8 0 0 円	

（*）につきましては、加算の対象となられる際、同意書をいただき対象者ごとに説明いたします。

*軽減措置により、自己負担割合が変わる方があります。

(2) その他介護給付サービス加算

加 算	介護給付額 100%	内自己負担額
初期加算	1 日 300 円	介護負担割合証により 1 割・2 割・3 割
入院・外泊時加算	1 日 2,460 円	
経口移行加算	1 日 280 円	
療養食加算	1 日 230 円	

*旧措置者は、軽減措置により、自己負担額が割合に応じて変わります。

(3) その他の介護保険の給付対象とならないサービス料金

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証の記載額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食事の提供に 要する費用	1 日 1,445 円	300 円	390 円	650 円	1,360 円

*個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は実費負担となりますので、上記の金額を超える場合があります。

② 居住

1 日当りの利用料（居住費）

居住（滞在） に要する費用	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証の記載額		
		第1段階	第2段階	第3段階
多床室	1 日 915 円	0 円	430 円	430 円

*外泊の場合又入院される場合、ベッドを確保させていただいておりますので居住費についてはいただきます。

③ その他

貴重品管理費 1 日 100 円

* 栄養補助食品・写真アルバム・遠足・インフルエンザ・趣味活動により生じた費用等は、実費をいただきます。

(3) 料金の支払方法

あなたが当施設に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、20日までに支払ってください。支払方法は、口座自動引落とします。

(4) キャンセル料

あなたのご都合により指定介護福祉施設サービスをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当施設に連絡してください。

ア 入所前のキャンセルの場合

入所日の前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	30,000円
入所日の前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	50,000円

イ 入所中のキャンセルの場合

あなたが中途退所を希望する場合などは、退所までの利用料金を支払っていただきます。

(5) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、保険者の窓口へ提出して差額（介護負担割合証により、介護保険適用部分の9割・8割・7割）の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) 利用開始

この説明書によりあなたからの同意を得た後、当施設の介護支援専門員が施設サービス計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

ア あなたのご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の30日前までに文書で申出てください。

イ 当施設の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが他の介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護度が非該当（自立）又は自立と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

エ その他

- ・ 当施設が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当施設が閉鎖した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

7 サービス利用に当たっての留意事項

- 面会：8：30～19：00
- 外出、外泊：事前に申し出てください。
- 飲酒、喫煙：酒は夕食に出ます。喫煙は決められた場所をお願いします。
- 設備、器具の利用：破損したときは修理代の実費をいただきます。
- 金銭の管理：小遣い金は自分で管理
- 所持品の持ち込み：小さな物は可（生物は禁止⇨職員が預かります。）
- 宗教活動：勧誘は禁止
- ペット：持ち込みは禁止
- 迷惑行為：けんか、口論、暴力等の行為はしないこと。
- その他：

8 サービスの内容

当施設があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

ご利用期間： _____ ～ _____

内 容：食事 排泄 入浴・清拭 離床 着替え 整容 機能訓練
健康管理 理美容 特別な食事 その他

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意を払い、特に、あなたの身体に接触する設備、器具については、サービスごとに消毒したものを使用します。

9 担当の職員

あなたを担当する当施設の従業者は以下のとおりです。

嘱託医師	小澤 靖 月～金曜日 1 h 水曜日 3.5 h (回診) 仁成堂小澤医院院長
生活相談員	高村浩司
看護職員	伊藤秀子 藤盛 由美子 杉浦 貴子
介護職員	森下真妃 他 17 名以上
管理栄養士	中田 文美
栄養士	鈴木 祥子
機能訓練指導員	杉浦 貴子
介護支援専門員	高村浩司

10 協力医療機関

あなたが入院治療を必要とする場合の当施設の協力医療機関は以下のとおりです。

協力医療機関	名 称	森町病院
	連絡先	0 5 3 8 - 8 5 - 2 1 8 1

11 非常災害対策

非常時の対応	避難誘導等を迅速に行い利用者の安全を守るよう努力する。
近隣との協力関係	有事の際には自治会の協力をあおぐ。
平常時の防災訓練等	毎月 1 回 防災訓練実施
防災設備	届出書のとおり
消防計画	消防署への届出： 平成 2 4 年 3 月 2 1 日 防火管理者： 小澤 朋 内 容： 届出書のとおり

12 苦情処理

あなたは、当施設の指定介護福祉施設サービスの提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当施設に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇

を受けません。

苦情相談窓口 担当 柴田 祥恵
電話番号 0 5 3 - 9 8 5 - 0 3 0 1
第三者委員 村松 利夫 0 5 3 - 9 8 9 - 0 2 0 6
第三者委員 高矢 伴実 0 5 3 - 9 8 9 - 0 6 7 3

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

市町村	担当窓口 春野協働センター
	電話番号 0 5 3 - 9 8 3 - 0 0 0 1
国民健康保険団体連合会	担当窓口 業務部介護保険課
	電話番号 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 8 0

令和 年 月 日

(施設)

指定介護福祉施設サービスの提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 静岡県浜松市天竜区春野町堀之内 7 1

名 称 特別養護老人ホーム秋葉の苑

説明者 _____ 印

(入所者)

この説明書により、指定介護福祉施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____