

指定介護老人福祉施設まごころ 重要事項説明書

令和6年10月1日改定

当施設は介護保険の指定を受けています。
(群馬県指定 第1070601149号)

当施設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

- (1) 法人名 社会福祉法人久仁会
- (2) 法人所在地 沼田市久屋原町 414-1
- (3) 電話番号 0278-25-9292
- (4) 代表者氏名 理事長 田中 志子
- (5) 設立年月日 平成19年12月10日

2. ご利用施設の案内

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
令和4年4月1日指定
- (2) 施設の目的 常時介護を必要とし、自宅での生活が困難な方の日常生活上の介護等を施し、明るく健康で快適な生活が過ごせるように介護いたします。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム「まごころ」
- (4) 施設の所在地 群馬県 沼田市戸鹿野町375-1
- (5) 電話番号 0278-22-8811
- (6) ファックス 0278-22-8814
- (7) 施設長 大 嶋 玲 子
- (8) 当施設の運営方針 入所者の個性を尊重し家庭的な温かみのある介護に心がけ
安全で快適な生活が送れるように努力します。
- (9) 開設年月日 令和4年4月1日
- (10) 入所定員 90人(別棟40人を含む)
- (11) 施設の概要
 - ① 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階
 - ② 建物の延べ床面積 1,052坪
 - ③ 敷地面積 1,402坪

④ 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施します。

- ・短期入所生活介護 令和４年４月１日指定 定員１０名
- ・訪問介護 令和４年４月１日指定
- ・小規模多機能型 令和４年４月１日指定
- ・認知症対応型共同生活介護 令和４年４月１日指定 定員 ９名
- ・放課後等デイサービス 令和６年４月１日指定 定員１０名

３．居室の概要

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、４人部屋と個室がございます。ご希望種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し下さい。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室の決定方法は、次の通りです。

- ・ご契約者の個性及び身体状態並びに精神状態などを総合的に考慮し決定します。
- ・入居後、ご契約者の個性及び身体状態並びに精神状態に応じて居室を変更する場合があります。

居室設備の種類	室数	備 考
個室（２人部屋）	１	洗面所・トイレは居室内に設置。
個室（１人部屋）	４４	洗面所・トイレは居室内に設置していません。 洗面所・トイレは共用で１１か所に設置。
４人部屋	１１	
合 計	５６	９０床
食 堂	１	
機能訓練室	１	〔主な設置機器〕 交互滑車訓練器、移動式平行棒等
浴 室	２	機械浴・特殊浴槽
医 務 室	１	
静 養 室	１	ベッド３床

*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。

４．職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して 指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

〈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	人 員	職 種	指定基準人員
1. 施設長（管理者）	1	5. 医師	1 以上
2. 生活相談員	1 以上	6. 機能訓練指導員	1 以上
3. 介護員	30以上	7. 介護支援専門員	1 以上
4. 看護員	3 以上	8. 管理栄養士	1 以上

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制		
1. 医 師	通常：毎週 木曜日（PM）及び、金曜日（AM）		
2. 介護員 (1ユニット単位の員数 ・ユニットにより早番の 1名の時間差出勤があり ます)	標準的な時間帯における最低配置人員		
	早朝	6：40～15：40	2名
	日中	10：30～19：30	1名
	日中	13：00～22：00	1名
	夜間	21：50～6：50	1名
3. 看護員	標準的な時間帯における最低配置人員		
	日中	8：30～17：30	3名
	夜間	オンコール対応	1名

☆土曜日・日曜日・休日・年末年始は上記と異なります。

*短期（予防）入所生活介護事業所と一体で運営します。

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頂く場合 |
|---|

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

介護に要する費用（食事にかかる費用・居住費相当分を除き通常9割）が介護保険から給付されます。

サービスの概要

ア 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。

イ 排 泄

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

ウ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約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その減退を防止するための訓練を実施します。

エ 健康管理

- ・医師や看護師、看護師が健康管理を行います。

オ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。
- ・生活リズムを考え、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、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・リハビリ体操や口腔体操をおこない機能維持向上に努めます。

(2) サービス利用料金 (契約書第6条参照)

別紙料金表によって、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）と食事に係る負担額及び居住費相当分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。）

☆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、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。

詳細は別表をご参照下さい。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第4条、第6条参照)

以下のサービスは、利用料金の金額が契約者の負担となります。

サービスの概要

ア 食事の提供

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに契約者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・契約者の自立支援のため離床して食堂で召し上がっていただく事を原則としています。（但し、体調や希望により場所の選択も可能）
（食事時間）朝食 7：30～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～
（但し、体調や希望により時間の選択も可能）

イ 特別な食事（酒を含みます）

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

ウ 理髪・美容

理容師・美容師の出張サービスがご利用いただけます。

利用料金：カット 2,000 円、毛染め 3,000 円（カット込 5,000 円）パーマ 6,000 円

エ 貴重品の管理

契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用頂けます。

※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、備え付けの届出書は出納責任者を通し保管責任者に選出して頂きます。
 - ・保管管理者は上記の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。
 - ・保管責任者は出金の都度、出入金記録を作成し、その写しを毎月契約者へ交付します。
 - ・保管管理者：施設長 ・保管責任者：副施設長 ・出納責任者：生活相談員
- 利用料金：一日あたり 50円

オ レクリエーション活動

契約者の希望によりレクリエーション活動に参加して頂くことができます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

カ 複写物の交付

契約者は、サービスの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費用をご負担頂きます。

利用料金：1枚につき 10円

ク 日常生活上必要となる諸経費実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担して頂くことが適当であるものに係る費用を負担頂きます。

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。

ケ 契約書第20条に定める所定の料金

契約者が、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係る料金となります。

別表料金表によって利用料を算定します。費用の詳細は別表をご参照下さい。

コ 検査費用について

- ・入所時の健康診断費用は実費になります
- ・ノロウイルスのPCR検査につきましては、当施設食事委託業者（一富士フードサービス）を経由し、検査代2,484円、送料960円にて行います。
- ・新型コロナウイルス感染症に関する抗原検査や治療薬に関しては自費負担となります（別紙参照）。

サ 上記以外の費用は以下のとおりとなります。

- ・クリーニング代：実費
- ・電気使用料（テレビ、冷蔵庫等）：1日あたり 100円

（4）利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記、（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア	窓口での現金支払
イ	下記指定口座への振り込み 群馬銀行 沼田駅前支店 普通預金 口座番号 0355908
ウ	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 群馬県内に本店を置く各金融機関。 郵便局を除きます。

（５）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記の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。）

ア 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団大誠会 内田病院
所在地	沼田市久屋原町345-1 電話 0278-23-1231
診療科	内科・老年病科・外科・精神科・小児科・皮膚科・リハビリテーション科・麻酔科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・肛門外科・整形外科

イ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	利根歯科診療所
所在地	沼田市高橋場町2002-1

6. 施設を退所して頂く場合（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、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書14条参照）

①要介護認定によりご契約者の心得の状況が自立又は要支援と判定された場合
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
⑥事業者から退所の申し出を行った場合

(1) ご契約者から退所の申し出（中途解約・解約解除）

（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約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ご契約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他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷を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）

（契約書第17条参照）

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契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合
- ③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業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ことが見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤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（契約書第19条参照）

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 か月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 1 2 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頂きます。

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 か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け入れ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宅等をご利用頂く場合があります。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担頂きます。

③3 か月以内の退院が見込まれない場合

医師の診断で 3 か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ができます。

〈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、介護保険からの給付される費用の一部をご負担頂くものです。なお、契約者が利用して頂くベッドを短期入所生活介護に活用することに同意頂き、空床利用として短期入所生活介護の利用者が居室を利用した日数分は、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

（3）円滑に退所の援助（契約書第 19 条参照）

契約者が、当施設を退所する場合には、契約者の希望により、事業者は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契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院若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

* 契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助に係る費用として、介護保険から給付される費用の一部をご負担頂きます。

7. 残置物引取人（契約書第 21 条参照）

契約締結に当たり、身元引受人をお願いすることはありません。但し、入所契約が終了した後、当施設に残された契約者の所持品（残置物）を契約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。（契約書第 21 条参照）

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頂きます。また、引き渡しに係る費用については、契約者又は残置物引取人にご負担頂きます。

8. 看取りケア

看取りケア（ターミナルケア）においては、本人・家族との十分な話し合いや他の関係者との連携を一層充実させる観点から「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容に沿った取組を行うものとします。

また、施設サービス計画作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めます。

9. 事故発生時の対応

大小に関わらず、事故が発生した場合は、即座にご家族へ連絡し、事故の内容及び対応をご報告、相談させていただきます。また、受診等の必要がある場合は、当施設で病院への搬送または、救急車対応いたします。ご家族に病院への同席のご意思がある場合には、病院で待ち合わせをお願い致します。また、以後の経過報告も必要に応じて遅滞なくいたします。事故発生後、当施設では事故報告書を作成しております。ご要望があった場合は、すべて開示致しますのでお申し付けください。

10. 提供するサービスの第三者評価

当施設は、提供するサービスの第三者評価を毎年6月、12月、3月に理事会の定例会議において実施しております。評価内容はすべて開示致しますので、ご要望のある方はお申し付けください。

11. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

(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）

管理者	黒木 勝紀	
相談員	金子 純子	川田 浩巳
介護支援専門員	狩野 みどり	新井 かおり

○連絡先 0278-22-8811

○受付時間 毎週月曜日から金曜日
午前8時30分から午後5時30分まで

(2) 行政機関その他苦情受付機関

沼田市健康福祉部 高齢福祉課	所在地 沼田市下之町 8 8 8 番地
	電話番号 0 2 7 8 - 2 3 - 2 1 1 1
	F A X 0 2 7 8 - 2 3 - 2 9 4 1
昭和村役場保険福祉課 福祉係	所在地 昭和村役場 保健福祉課 福祉係
	電話番号 0 2 7 8 - 2 4 - 5 1 1 1
	F A X 0 2 7 8 - 2 4 - 5 2 5 4
みなかみ町町民福祉課 高齢介護	所在地 みなかみ町後閑 3 1 8
	電話番号 0 2 7 8 - 6 2 - 2 1 1 1

	F A X 0 2 7 8 - 6 2 - 2 2 9 1
高山村役場 住民課	所在地 吾妻郡高山村大字中山2856-1
	電話番号 0 2 7 9 - 6 3 - 2 1 1 1
	F A X 0 2 7 9 - 6 3 - 2 7 6 8
片品村役場 保健福祉課	所在地 利根郡片品村大字鎌田3967番地3
	電話番号 0 2 7 8 - 5 8 - 2 1 1 5
	F A X 0 2 7 8 - 5 8 - 2 1 1 0
渋川市 スポーツ健康部 介護保険課	所在地 渋川市石原80番地
	電話番号 0 2 7 9 - 2 2 - 2 1 1 6
	F A X 0 2 7 9 - 2 4 - 6 5 4 1
国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町335-8
	電話番号 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 6 3
	F A X 0 2 7 - 2 5 5 - 5 3 0 8
群馬県社会福祉協議会	所在地 前橋市新前橋町13-12
	電話番号 0 2 7 - 2 5 5 - 6 0 3 3
	F A X 0 2 7 - 2 5 5 - 6 1 7 3

令和 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「まごころ」

説明者職員名 氏名 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の開始に同意し重要事項説明書を受領致しました。

契約者 住所

氏 名 印

身元保証人 住所

氏 名 印