

特別養護老人ホームみなみかやべ荘 重要事項説明書

(令和8年9月1日現在)

1. 指定介護老人福祉施設みなみかやべ荘の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム みなみかやべ荘
所在地	函館市川汲町986番地13
介護保険指定番号	北海道指定 第0171500291号

(2) 同施設の職員体制

＜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	実人員	指定基準
1.	施設長 (管理者)	1名	1名
2.	医師 (嘱託医)	1名	1名
3.	生活相談員	1名	1名
4.	機能訓練指導員 (兼務)	1名	1名
5.	看護職員 (兼務)	2名以上	2名
6.	介護職員	15名以上	15名
7.	介護支援専門員	1名	1名
8.	管理栄養士・栄養士	1名	1名
9.	調理員	4名以上	
10.	事務員	2名	

* 看護職員が機能訓練指導員も兼務しております。

(3) 施設の設備概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、入所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・設備の種類	室数	備考
2人部屋	6 室	
3人部屋	2 室	
4人部屋	8 室	
静養室	1 室	
合計	17 室	
食堂	1 室	
機能訓練室	1 室	[主な設置機器] 肋木 平行棒
浴室	2 室	臥床式特殊浴槽、座位式特殊浴槽
医務室	1 室	
面会室	1 室	
予備室	1 室	

(4) 協力医療機関

医療機関の名称	市立函館南茅部病院
所在地	函館市安浦町9番地
診療科	内科・外科

医療機関の名称	おさつべ歯科
所在地	函館市尾札部町3番地5
診療科	歯科

2. サービス内容

①施設サービス計画の作成

- ・当施設では、契約者の日常生活全般を支援する為、サービス計画書を作成します。
- ・契約時、契約者及びご家族の希望や意向を伺い暫定介護サービス計画書を作成いたします。
- ・入所後1ヶ月前後、契約者及びご家族、職員にてサービス担当者会議を行います。
- ・介護支援専門員が介護計画書を作成します。
- ・契約者及びご家族に対し介護計画について説明を行い同意を得ます。
- ・計画書はおおむね3～6ヶ月で見直します。
- ・介護サービス計画書及び看護記録について情報が必要なときはそれを開示します。

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および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・入所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: 7:30～8:30
昼食: 11:30～12:30
夕食: 17:00～18:20

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2～3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。
- ・車椅子利用者でも座位式特殊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

- ・入所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又は、その減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師・看護職員が、健康管理を行います。
- ・経管栄養・服薬管理は看護職員が行います。

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。

3. サービス利用料金

ご契約の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付額を除いた料金（介護保険負担割合証に応じた額）と食事に係わる自己負担の合計をお支払い頂きます。

(1) 介護保険給付対象サービス

1日あたりの利用負担額 (内) 30日分で計算しています

ご本人の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用に係わる自己負担額 (1割負担の場合)	589円 (17,670円)	659円 (19,770円)	732円 (21,960円)	802円 (24,060円)	871円 (26,130円)
②食事に係わる負担限度額	第4段階 1,545円 (46,350円) 第3段階② 1,420円 (42,600円) 第3段階① 680円 (20,400円) 第2段階 390円 (11,700円) 第1段階 300円 (9,000円)				
③自己負担額合計 食事1,545円の場合	2,134円 (64,020円)	2,204円 (66,120円)	2,277円 (68,310円)	2,347円 (70,410円)	2,416円 (72,480円)
1,420円の場合	2,009円 (60,270円)	2,079円 (62,370円)	2,152円 (64,560円)	2,222円 (66,660円)	2,291円 (68,730円)
680円の場合	1,269円 (38,070円)	1,339円 (40,170円)	1,412円 (42,360円)	1,482円 (44,460円)	1,551円 (46,530円)
390円の場合	979円 (29,370円)	1,049円 (31,470円)	1,122円 (33,660円)	1,192円 (35,760円)	1,261円 (37,830円)
300円の場合	889円 (26,670円)	959円 (28,770円)	1,032円 (30,960円)	1,102円 (33,060円)	1,171円 (35,130円)
サービス提供体制強化加算 (I)	介護福祉士国家資格保有者数が一定数以上等の場合頂く加算です。1日22円をお支払い頂きます。				
科学的介護推進体制加算 (I)	厚生労働省へデータ提出を行い、フィードバックを受け、科学的根拠に基づいた充実したサービスを提供する事を目的とされた加算です。月40円をお支払い頂きます。				
安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合頂く加算です。入所時に20円頂きます。				
生産性向上推進体制加算 (II)	介護テクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する加算です。月10円をお支払い頂きます。				
看護体制加算 (I)	常勤の正看護師を配置している場合頂く加算です。1日6円 (月180円)をお支払い頂きます。				
協力医療機関連携加算	協力医療機関と入所者の病歴・急変時対応を共有する体制を整えている場合に頂く加算です。月50円をお支払い頂きます。				
介護職員等処遇改善加算 I 口	介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充てられる加算です。都道府県知事への届出により算定されます。				

※尚、今後加算についての金額の変動時は、都度紙面にてお知らせ致します。

I・自己負担額は利用される方の所得に応じて軽減される場合があります。下記に該当されると思われる方はお申し出ください。

段 階	条 件	認定を受けるための預貯金額	
		単 身	配偶者あり
第1段階	生活保護受給世帯または世帯全員が市民税非課税の老齢福祉年金受給者	なし	なし
第2段階	世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が82,65万円以下の方	650万円	1,650万円
第3段階①	世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が82,65万円を超え120万円以下の方	550万円	1,550万円
第3段階②	世帯全員が市民税非課税で課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超えの方	500万円	1,500万円
第4段階	市民税課税世帯の方	なし	なし

II・1ヶ月の「サービス利用に係わる自己負担額」が一定の額（上限額）を超えたときはその差額について高額サービス費が支給されます（下記を参照してください）

区 分	負担上限額（月額）
課税所得690万円（年収約1,160円）以上	140,100円（世帯）
課税所得380万円（年収約770円）～ 課税所得690万円（年収約1,160万円）未満	93,000円（世帯）
市町村民税課税～課税所得380万円（年収770万円）未満	44,400円（世帯）
世帯の全員が市町村民税非課税	24,600円（世帯）
前年の公的年金等収入金額＋ その他の合計所得金額の合計が82,65万円以下の方	24,600円（世帯） 15,000円（個人）
生活保護を受給している方等	15,000円（世帯）

III・居住費を徴収いたします。

※居住費は、保険給付の対象外（自己負担）となり、入所者にお支払い頂きます。

負担限度額	第1段階	・・・	0円（日額）	0円（月額）
	第2段階	・・・	430円（日額）	12,900円（月額）
	第3段階①	・・・	430円（日額）	12,900円（月額）
	第3段階②	・・・	530円（日額）	15,900円（月額）
	第4段階	・・・	915円（日額）	27,450円（月額）

※30日計算

※入所から30日分については「福祉施設初期加算額」として1日30円をお支払い頂きます。
入所後医療機関に30日以上入院された場合にも、退院後30日分について同様の扱いとなります。

※当施設入所中に、外泊（又は入院）されたときは、その翌日から6日間（6日間が月をまたぐ場合はそれまでの日数+翌月6日間分）について、1日246円お支払いいただきます。

☆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。要介護認定後に自己負担金を除く金額が介護保険から払い戻されます。

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

☆施設指定の紙オムツ代はサービス利用費用に含まれます。

（２）その他の料金

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。

① 理容サービス・・・・・・・・・・2,500円

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

② 預かり金出納簿サービス料

入所者の希望により、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
- ・保管管理者 : 施設長
- ・金銭出納の範囲

- 1 日常生活に必要な費用の支払い
- 2 公税公課（税金の他、国民健康保険料等を含む）の支払い
- 3 医療費の支払い
- 4 福祉サービスの自己負担分の支払い
- 5 その他、入所者（家族）が特別に依頼した時

・利用料金： 1ヶ月 100円

③ インフルエンザ予防接種

インフルエンザの流行する時期、ご家族の同意のもと入所者に実施

・費用：実費（1回のみ）

④ 私物洗濯物 : 型崩れしやすい物、私物の寝具類はクリーニングに出しますが、実費負担になります。

4. 利用料金のお支払い方法

入所者の要介護度に応じたサービス料金から、介護保険給付額を除いた金額と食事に係る自己負担額の合計金額。

ア. 預かり金出納簿サービス契約者のお預かり通帳から引落とし

イ. 下記指定口座への振込み

渡島信用金庫 鹿部支店

普通預金 0955928

社会福祉法人函館共愛会 みなみかやべ荘

施設長 小松 浩

ウ. 窓口での現金支払い

5. 施設の利用に当たっての留意事項（運営規定第8条）

施設利用に当たり、留意しなければならない事項は以下のとおりです。

①	介護状況の変化により、居室替えを行う事があります。
②	外出・外泊については、身体状態に異常がなければ、おおむね1週間以内の範囲で、特に規制はありませんが、「外出・外泊届」を提出して頂きます。
③	当施設は身体拘束をなくすための努力を行っていますが、入所者本人又は他の入所者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合に限り、一時的に行動を制限させて頂く場合があります。
④	入所者は、他の入所者又は従事者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行ってははいけません。
⑤	入所者は、居室及び共用施設、敷地を本来の用途に従って利用するものとします。

6. 入所時にご用意いただくもの

- ・ 普段着 ・ 下着 ・ 寝巻き又はパジャマ ・ 靴下 ・ 外出用防寒具
- ・ バスタオル ・ 洗顔タオル ・ タオルケット ・ 毛布
- ・ 髭剃り道具（T字カミソリ、電気カミソリ）
- ・ 歯磨き用カップ ・ 義歯洗浄剤 ・ 吸呑み
- ・ 薬（医療機関から処方されている方） ・ 履物（介護シューズ等）

★収納スペースが少なめですので季節ごとに衣類に入れ替えをしていただくようお願いいたします。

7. 入院中の扱い

①入院期間中はみなみかやべ荘の介護サービスは受けられません

入院中は入院先の医療サービスを受けることになりますので、入院中のお世話はご家族、入院先の病院でしていただくことになります。入院中は介護サービス費および食費の請求は致しませんが、入院の翌日から6日間（6日間が月をまたぐ場合はそれまでの日数+翌月1日～6日間）は「福祉施設外泊（入院）時費用」として1日246円お支払いいただきます。

②入院中必要なものについてはご家族でご用意ください。

- ・ 紙おむつ
- ・ 身の回り（日用）品
- ・ 他入院中に必要なもの

※下着、タオル等みなみかやべ荘でお預かりしているものについては、みなみかやべ荘からお持ちいただいて構いませんが、その時はご面倒でも職員にお声を掛けてください。

③入院中の洗濯等対応はご家族でしていただきます。

※紙おむつ、尿取りパットについては在庫分を実費にてご提供できます。
ご希望の方は、事務室までお申出ください。

④入院中90日間はみなみかやべ荘に籍は確保していますが、それ以上の入院期間が必要な場合は契約を解除させていただきますのでご了承ください。また退所後に退院になった場合など再度ご利用を希望される方についてはご相談下さい

⑤入院期間中のショートステイ（短期入所）や新規入所者があった場合には、空きベッドを利用させていただく場合がありますのでご了承ください。その場合、お預かりしているお荷物は別室保管させていただきます。（移動は当施設でおこないます）

8. 身体拘束の廃止

入所者の生命又は身体を保護する為に緊急やむおえない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為は行いません。

9. 事故発生時の対応

- (1) 入所者に対する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) 入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

10. 第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日）

（評価機関）

（評価結果）

11. 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。

- ・ 苦情受付担当者 生活相談員 藤谷 浩平
- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
- ・ 苦情解決責任者 施設長 小松 浩
- ・ 第三者委員 阿知波 健一 0138-23-2226（勤務先）
松田 賢一 070-4385-5041

また、苦情受付ボックスを施設内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情相談受付機関

函館市 高齢福祉課 相談支援担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 受付時間 8:45～17:30
函館市 指導監査課 高齢者担当	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3926 受付時間 8:45～17:30
北海道福祉サービス 運営適性化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311
北海道国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談ダイヤル	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 受付時間 9:00～17:00

1 2. 事業者及びサービス従事者の義務（契約書第 8 条関係）

- （１）事業者及びサービス従事者は、サービスの提供にあたって、契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮するものとします。
- （２）事業者は契約者の体調・健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携し、契約者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。
- （３）事業者は、非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、非常災害に備えるため、契約者に対して定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行うものとします。
- （４）事業者及びサービス従事者は、契約者又は他の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、身体的拘束その他契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- （５）事業者は、契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の 30 日前までに、要介護認定更新の申請の援助を行うものとします。
- （６）事業者は、契約者の心身の状況（要介護度）が変更された場合には、速やかに契約者もしくはその代理人に通知することとします。
- （７）事業者は、契約者に対する介護保険施設サービスの提供について記録を作成し、それを 5 年間保管し、契約者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付するものとします。

1 3. 身元引受人等について

- （１）当施設では、契約締結にあたり、身元引受人の設定をお願いしています。
- （２）身元引受人は、別紙契約書における身元引受人（署名代行者）とし、身元引受人とは、ご家族又は縁故者もしくは成年後見人等とします。
- （３）身元引受人の職務は、次の通りとします。
 - ① 利用契約が終了した後、当施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合のお受け取り及び当該引き渡しにかかる費用のご負担
 - ② 民法 458 条の 2 に定める連帯保証人
- （４）前号の②における連帯保証人は、次の性質を有するものとします。
 - ① 連帯保証人は、入所者と連携して、本契約から生じる入所者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 500,000 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、入所者又は連帯保証人が死亡した時に確定するものとします。
- ④ 連帯保証人の請求があった時は、事業者は連帯保証人に対し、遅延なく利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、入所者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 4. 個人情報の扱いおよび守秘義務など

- (1) 事業者、サービス従事者又は従業員は、介護福祉施設サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族などに関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2) 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関などに契約者に関する心身などの情報を提供できるものとします。
- (3) 事業者は、契約者の円滑な退所のための援助を行う場合に、契約者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書にて契約者の同意を得るものとします。

1 5. カスタマーハラスメントに関する当事業所の考え方

当施設では、すべての入所者に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。

そのため、入所者または身元引受人などからの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。具体的には次の行為が該当することがあります。

- ①大声での叱責や威圧的な言動
- ②人格を否定する発言や差別的な言動
- ③業務の範囲を超えた過度な要求
- ④長時間にわたる執拗な要望やクレーム

これらの行為が認められたときには、複数名の職員での対応やサービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

指定介護福祉施設サービスの提供開始に際し、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 みなみかやべ荘

説明職員 生活相談員 氏名 藤谷 浩平 印

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者・身元引受人・事業者が記名捺印の上、契約者（又は身元引受人）および事業者が各1通を保有するものとします。

事業者名 特別養護老人ホーム みなみかやべ荘

代表者名 施設長 小松 浩 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、指定介護福祉サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

入所者住所 _____ 氏名 _____ 印

署名代行者住所 _____ 氏名 _____ 印