

【令和7年4月1日より】

[指定介護老人福祉施設・ソラーナ] 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
(山形県指定第0673000311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内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

◎当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方が対象となります。

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 みのり福祉会
- (2) 法人所在地 山形県東田川郡庄内町南野字北野100-2
- (3) 電話番号 電話0234-44-2011 ファックス0234-44-2013
- (4) 代表者氏名 理事長 坂田 隆行
- (5) 設立年月日 平成2年11月26日

2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
- (2) 指定介護老人福祉施設基準省令、介護保険法令に従い、ご契約者（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、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用頂き、介護老人福祉施設サービスを提供します。
この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用頂けます。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム ソラーナ
- (4) 施設の所在地 山形県東田川郡庄内町南野字北野100-2
- (5) 電話番号 電話0234-44-2011 ファックス0234-44-2013
- (6) 施設長（管理者） 金子 絵美
- (7) 当施設の運営方針
利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことができるよう支援します。
- (8) 開設年月日 平成12年4月1日
- (9) 入居定員 80名

3 居室の概要

- (1) 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人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。
(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・設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	2室	従来型個室
2人部屋	1室	多床室
4人部屋	19室	多床室
合 計	22室	
食 堂	3室	
機能訓練室	1室	平行棒ほか
浴 室	2室	一般浴槽 特殊浴槽
医務室	1室	

※表は、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、契約者に特別にご負担頂く費用はありません。

・居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し込みがあった場合は、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、ご契約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おります。

〈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おります。

職 名	指定基準	備考
施設長	1名	
事務局長		1名
事務員		2名
生活相談員	1名以上	兼務
介護支援専門員	1名以上	兼務
機能訓練指導員	1名以上	理学療法士
看護職員	3名以上	
介護職員	27名以上	ショートステイ兼務職員・パート職員あり
管理栄養士	1名以上	
業務員		1名
調理員		業務委託
医師	1名	嘱託医（山本医院 医師）

*常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を、当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

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			
医 師	木 13:30~15:30（月1回）		
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員		
	早番	6:50~15:50	6名
	遅番	10:30~19:30	4名
	遅遅番	13:00~22:00	4名
	夜勤	21:55~6:55	4名
看護職員	7:30~16:30	1名	ほか施設内勤務表による
その他職員	施設内勤務表による		

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は、次の2つの場合があります。

- | |
|---|
| (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

次のサービスについては、ご契約者の所得状況による負担割合に応じて、介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

① 食 事：（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では、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及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頂くことを原則としております。

(食事時間) 朝食 7:30～9:00
昼食 11:45～13:00
夕食 17:30～19:00

- ② 入浴 ・入浴又は清拭を週2回おこないます。
・寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。
- ③ 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。
- ④ 機能訓練 ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身の状況に応じて、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。
- ⑤ 健康管理 ・医師や看護職員が、健康管理を行います。
- ⑥ その他自立への支援
・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
・生活のリズムを考え、離床、着替え、整容等、ご契約者の心身の状況に応じた日常生活上の支援を適切に行います。
・清潔で快適な生活が送れるよう援助します。

《サービス利用料金》 ※別紙、利用料金説明書あり

別紙、利用料金説明書により、該当する利用料金ならびに加算の自己負担額と、居住費・食費との合計金額をお支払いください。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

《サービスの概要と料金》

① 居住費・食費

居住費・食費については、別紙、利用料金の説明書のとおり。

※居住費・食費については、所得に応じて特定入所者介護サービス費の適用になる場合があります。負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載されている負担限度額とします。

② 特別な食事

年間事業計画における諸行事中、特別メニューによる食事を提供した場合、食費を超えた場合は実費を頂戴します。

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

③ 事務管理費：利用中の金銭出納・事務管理にかかる費用。

○料金：月額600円（入居契約中は月単位で利用料金がかかります）

④ 電気代：希望によりテレビ等の電気製品を持ち込み、使用した場合。

（料金は「（別紙）利用料金説明書」のとおり。）

⑤ 日常生活上必要となる諸費用

ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用の実費を頂戴します。おむつ代は、介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。

⑥ 理容サービス

おおむね月2回、毎月第2・4月曜日に理容組合による理容サービスがあります。料金は実費。

⑦ 契約書第21条に定める所定の料金

ご契約者が、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は、契約終了時の介護度の基本報酬の全額（10割負担）とします。

(3) 利用料金のお支払い

前記(1)・(2)の料金、費用は、1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに前月分を請求いたします。（1ヵ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、特別な定めがある場合を除き利用日数に基づいて計算した金額とします。）末日までにお支払い下さい。

お支払いは、口座振込、口座振替のいずれかでお願います。尚、口座振替の場合は、毎月26日に口座振替となりますので、その前日までにご入金お願いいたします。

(4) 入居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 : 庄内余目病院
- ・ 所在地 : 山形県東田川郡庄内町松陽 1 - 1 - 1
- ・ 診療科 : 内科、外科 他

② 協力歯科医療機関

- ・ 医療機関の名称 : 医療法人谷屋 谷家歯科
- ・ 所在地 : 鶴岡市日吉町11-21

(5) 入院中の空床ベッドの利用

入居中の利用者の方が、医療機関などへ入院中、または外泊時に、空床となったベッドを短期入所生活介護（ショートステイ）のベッドとして転用させていただくことがあります。（この場合、介護保険の外泊時費用は算定されません。）

6 入退居の手続き

(1) 入居手続き

お電話でご確認のうえ、来所して頂き、申請書を提出してください。判定委員会の審議ののち入居決定の方にはご連絡いたします。

入居に当たっては、契約を結び、入居と同時にサービスの提供を開始します。

入居前に健康診断書の作成をお願いしています。（費用はご負担願います。）当施設所定の診断書の用紙を用意しております。

（注）居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) 退居手続き

① ご契約者の都合で退居される場合

退居を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

③ 自動終了

次に掲げる事由に該当した場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ ご契約者がその他の介護保険施設等に入居した場合
- ・ ご契約者が要介護認定の更新において、自立又は要支援と認定された場合
- ・ ご契約者が死亡した場合
- ・ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。

④ その他

次に掲げる事由に該当した場合は、退居して頂く場合がございます。この場合は契約終了20日前までに文書で通知いたします。

- ・ ご契約者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく6ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず3ヵ月以内に支払わない場合
- ・ ご契約者が当施設や当施設の従業員又は他の入居者に対して、この契約を継続しがたい背信行為を行った場合
- ・ ご契約者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヵ月経過しても退院できないことが明らかになった場合

(3) 円滑な退居のための援助

ご契約者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居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険施設等の紹介
- 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

7 身体拘束に関する事項について

事業所は、利用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、身体的拘束等を行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。ほか、別に定める指針に基づき必要な措置を講ずる。

8 虐待防止に関する事項について

施設は、入居者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、別に定める指針に基づき虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合はただちに防止策を講じ、市町村へ報告する。

9 身元保証人

- ・利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること。
- ・契約解除及び契約終了の場合、事業者と連携して利用者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること。
- ・利用者が死亡した場合のご遺体及び遺留金品の引受、その他必要な措置をとること。
- ・利用料等の支払いが遅滞した場合連帯して支払うこと。

10 第三者評価の実施 無

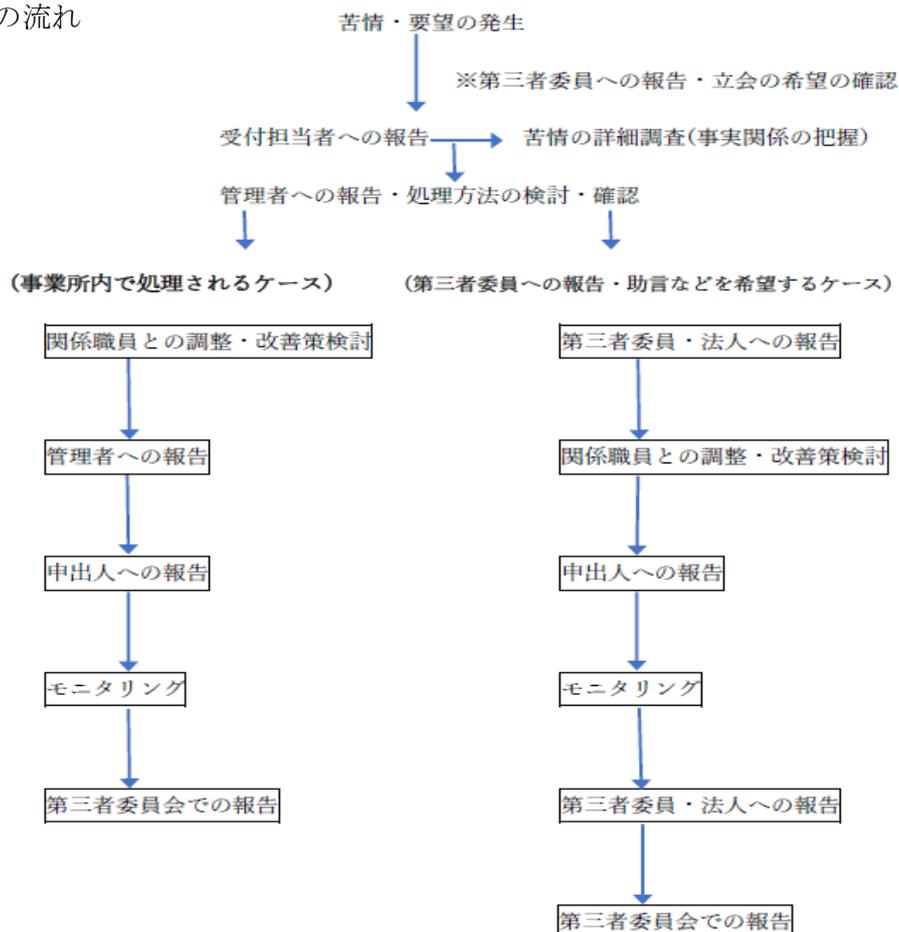
11 相談・苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情や相談は以下の窓口で受付けます。

- 苦情等受付窓口 生活相談員 伊藤 三樹、今野 政嗣
電 話 0234-44-2011
FAX 0234-44-2013

- 受付時間 毎週 月曜日から金曜日 午前9:00から午後5:00
又、苦情ボックスを事務所窓口に設置しております。

○苦情等受付の流れ



事業所ごとと年度内での苦情の実績報告(各事業報告に記載)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

- ・ 庄内町役場 保健福祉課 介護保険係
電 話 0 2 3 4 - 4 2 - 0 1 5 0
F A X 0 2 3 4 - 4 2 - 0 8 9 4
住所 〒 9 9 9 - 7 7 8 1
山形県東田川郡庄内町余目字町132-1
- ・ 山形県国民健康保険団体連合会
電 話 0 2 3 7 - 8 7 - 8 0 0 6 (苦情相談専用電話)
F A X 0 2 3 7 - 8 3 - 3 3 5 4
住所 〒 9 9 1 - 0 0 4 1
山形県寒河江市大字寒河江字久保6

1 2 事故発生時・災害時の対応について

事業所で作成のマニュアルに添って、的確に対応していきます。

令和 年 月 日

指定介護福祉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 ソラーナ

職 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、指定介護施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____ (印)

身元保証人住所 _____

氏 名 _____ (続柄) (印)