

令和8年6月1日改定

重要事項説明書

ユニット型指定介護老人福祉施設

社会福祉法人カトリック聖ヨゼフホーム

サンタ・マリア

当施設は、契約者に対してユニット型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とおり説明します。

1. 経営施設法人

法人名	社会福祉法人カトリック聖ヨゼフホーム
法人所在地	奈良市朱雀4丁目3番地10
電話番号	0742-71-7733
代表者氏名	理事長 清 富 洋 三
設立年月日	昭和36年12月5日

2. 利用施設

施設の名称	サンタ・マリア（ローズマリーハウス）
施設の所在地	奈良市朱雀4丁目3番地10
施設長名	平 岡 毅
電話番号	0742-71-7733
FAX番号	0742-71-6272

3. 施設の概要

定員は30名です。

ローズマリーハウス	
個 室	10室×3ユニット

4. 職員の配置状況

当施設では、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います。

〔主な職員の配置状況〕

施設長（管理者）	1名
医師（非常勤嘱託）	1名
生活相談員	1名以上
介護職員	12名以上
看護職員	1名
管理栄養士	1名
機能訓練指導員	1名
介護支援専門員	1名以上
その他 事務員、調理員	

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週37.5時間）で除した数です。（）内は兼務数です。

〔主な職種の勤務体制〕

職種、職員区分	勤務区分	勤務体制
医師（嘱託医師）		毎週1回 金曜日
往診医		精神科、皮膚科、歯科 随時
介護職員		標準的な人員配置の時間帯
〃	早出①	午前7時 ～ 午後3時30分
〃	早出②	午前7時30分 ～ 午後4時
〃	日勤①	午前9時 ～ 午後5時30分
〃	遅出①	午前10時30分 ～ 午後7時
〃	遅出②	午前11時30分 ～ 午後8時
〃	夜勤	午後4時30分 ～ 午前9時30分
看護職員		標準的な人員配置の時間帯
〃	日勤	午前9時 ～ 午後5時30分
機能訓練指導員		標準的な人員配置の時間帯
〃	日勤	午前9時 ～ 午後5時30分

5. サービスの内容

当施設では、契約者に対して以下のサービスを提供します。

『サービスの概要』

①施設サービス計画（介護サービス計画）の立案

入居者の意向を踏まえた上で、介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成します。

②食事の提供

当施設では管理栄養士の立てる献立により、栄養並びに入居者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談ください。

入居者一人一人の栄養状態や摂食状況に応じた個別の対応を重視し、栄養ケアによって低栄養状態を改善するように取り組みを進めていきます。

体重測定などにより、個別の栄養状態、嚥下機能等を把握します。

個々の栄養状態、嚥下機能等に応じた個別の栄養計画を作成し、定期的に見直します。必要に応じて医師の食事箋に基づき、療養食の提供を行います。又必要に応じて入居者の嗜好に応じた食事の提供にも配慮します。

食事時間は概ね次のとおりです。

朝食：7：45～ 昼食：11：45～ 夕食：18：00～

（場 所）各ユニットのダイニングルーム等でとっていただきますが、健康状態や医師の指示や入居者の希望を考慮して居室にて食事をとっていただく場合があります。又予めご連絡いただいた場合は、衛生上又は管理上可能な一定時間、食事の取り置きをすることができます。予め欠食のご連絡をいただいた場合は、食事の提供をしなくてもよいものとします。

③入浴

入居者の身体機能の状態により、1週間に2回以上の入浴を行います。但し、入居者の健康状態によっては入浴できない場合があります、その時は清拭を行います。

（入浴の種類）各ユニットに個浴を設けています。場合により入居者の希望される方法で入浴して頂けるよう配慮します。

一 般 浴：介助があればご自分で歩ける方が入浴

リフト浴：介助があっても歩行できない方が、座ったままで入浴
 特 浴：臥床したままで入浴

④介護

施設介護サービスに沿って以下の介護を行います。着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動等の付き添い等。

⑤機能訓練

入居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。

⑥生活相談

職員は常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握を心がけ入居者、又はその家族等からの相談に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

⑦健康管理

当施設に医師は常勤しておりませんが、週1回、なかがわ呼吸器科・アレルギー科医院から訪問診療があります。又、精神科、皮膚科、歯科の訪問診療もあります。看護職員は医師の指導のもと、常に入居者の健康状況に注意し、日常の健康保持のために適切な処置を行うとともに、必要に応じてその記録を作成して保存しています。看護職員が必要と判断した場合には、医療機関で受診していただきます。

⑧その他、自立への支援

入居者は、それぞれの所属するユニットで日常生活を過ごしていただきます。日中は寝たきり防止の為、できる限り離床に配慮します。又生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。服装にも担当の介護職員が気配りをします。

⑨所持品の管理

- (1) 収納のための整理タンス等をお持ちください。
- (2) 保管場所に限りがありますので、掛け布団や衣類等は季節毎の入れ替えをお願いします。

⑩レクリエーション

当施設では、夏祭りやクリスマス等の季節毎の行事を行います。なお、行事によっては別途参加費が必要な場合もあります。詳細はその都度お知らせします。

6. 利用料金

《介護保険給付サービス》

(1) 施設利用料金 (入居者の施設利用料金は、要介護度によって異なります。)

介 護 度	1日当たり (1割負担)	1ヶ月当たり自己負担額 (31日計算)
要 介 護 1	928 円	28,754 円
要 介 護 2	1,010 円	31,300 円
要 介 護 3	1,099 円	34,071 円
要 介 護 4	1,180 円	36,580 円
要 介 護 5	1,261 円	39,051 円

国の示す基準費用額（利用者負担段階 第4段階）において

(2) 加算料金

施設利用料金には、以下の料金が該当者の方に加算されます。

		加算項目（自己負担額1割）	
1 カ 月 当 た り	日常生活継続支援加算		1,723 円
	看護体制加算Ⅰ2		150 円
	看護体制加算Ⅱ2		300 円
	夜勤職員配置加算(Ⅳ口)		787 円
	個別機能訓練加算(Ⅰ)		449 円
	個別機能訓練加算(Ⅱ)		25 円
	個別機能訓練加算(Ⅲ)		25 円
	療養食加算		674 円
	栄養マネジメント強化加算		412 円
	精神科医師定期診療加算		187 円
	排泄支援加算		13 円
	褥瘡マネジメント加算		16 円
	ADL維持等加算(Ⅱ)		73 円
	科学的介護推進体制加算		61 円
	口腔衛生管理加算		133 円
	再入所時栄養連携加算		242 円
	安全対策体制加算(入所時1回のみ)		25 円
	経口維持加算(Ⅰ)		483 円
	経口維持加算(Ⅱ)		122 円
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		13 円	
1 日 当 た り	外泊時加算・1カ月に6日間を限度 (月をまたがる場合は12日間) ※初日と最終日は対象外		297 円
	初期加算(入居日より30日間)		36 円
	看取り介護加算	31~45日(15日間)	88 円
	〃	4~30日(27日間)	174 円
	〃	前日、前々日(2日間)	822 円
	〃	当日	1,546 円

(3) 施設利用料金、各加算等に算定されるもの

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ口)	サービス利用総単位数に17.6%を乗じた額
-----------------	-----------------------

※ 前項(1)(2)(3)の自己負担額は、1日あたりの介護保険報酬単価数に地域単価数(10.27)を乗じ、その1割相当額を算出時に小数点以下を切り捨てている為、入居日数等により変動があります。予めご了承ください。上記金額は概算です。

※ 介護保険による入居者の自己負担額は、1割~3割です。

《介護保険給付外サービス》

(1) 食費・居住費

介護保険が定める所得に応じた負担限度額の認定を受けられた方は、特定入所者介護サービス費の補足給付の対象となりますので、食費・居住費につきましては、段階に応じた金額をご負担いただきます。

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食 費	300	390	650	1,360	1,445
居 住 費	880	880	1,370	1,370	2,066

※ 上記は1日あたりの負担額です。(単位：円)

※ 食費は食数ではなく1日あたりの単価(1,445円)となります。

※ 居住費については、室料・光熱水費にかかる費用です。

※ 入院・外泊時も居住費の負担が必要です。

※ 入院・外泊の場合は各段階とも1日あたり(2,066円)の計算となります。

※ 特定入所者介護サービス費の給付を受けたい方は、市町村に「介護保険負担限度額認定証」の交付申請をし、施設に「認定証」の提示が必要です。

(2) その他の料金

①居室のカーテン

入居時に居室の出窓にお好みのカーテン、レースカーテン(防災仕様のものに限る)の購入をお願いいたします。

②持込み電気製品

・テレビ：電気使用料は、月額1,500円をいただきます。

・電話：回線利用料として、月額1,000円と利用度数に応じて通話料金をお支払いいただきます。

・冷蔵庫：電気使用料は、月額800円をいただきます。

・その他の電気製品のご利用については、お問い合わせください。

③理髪・美容サービス(実施日は毎月の行事予定でお知らせします)

「理髪」月に1回(月の後半の月曜日)、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。◎ 利用料金：1回あたり 1,200円

「美容」月1回(月の最初の金曜日)、美容室の雰囲気を楽しまれる入居者に移動美容室をご利用いただけます。

◎ 利用料金：カット2,530円 ・ パーマ4,730円

④個別ケアへの対応

・お出かけ費

◎ 昼食を伴う場合 500円

◎ 昼食を伴わない場合 300円

・フラワーアレンジメント 美術クラブ おやつクラブ等

* 材料代等が必要な場合は、実費をいただきます。

⑤行事特別食

年間6回の行事(お正月(元日、2日)、復活祭、被昇天祭、敬老祭、クリスマス)は特別メニューの食事となり、1,500円の追加料金をいただきます。

⑥医療費

・診察代、薬代

⑦おやつ・お茶代

・お茶代 1ヶ月600円

- ・おやつは、土日のみ1回100円（平日は、おやつはございません。必要な方については、ご持参ください。）

* 毎月定期購入が見込まれる物品（乳製品・新聞等）につきましては、販売店と直接銀行引き落としのご契約をお願いします。

(3) 料金の変更について

介護保険法の改正や保険給付額の変更、経済状況の著しい変化等の事情により、利用料を改定させていただく場合があります。

《お支払いについて》

①前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し翌月15日以降に合計額の請求書をお渡しします。南都銀行又は郵便局から毎月25日に自動引き落としとさせていただきます。

* 当施設利用契約時にお渡しする「預金口座振替依頼書」は、入居者本人の口座ではなくとも契約者の口座からも引き落としが可能です。

②前項③、④、⑥記載の理容・美容サービス、個別対応支援、医療費はその都度、事務所窓口までお支払いください。日用品・嗜好品等につきましては、家族等をお願いしております。

③家族等の希望により、小口預り金サービスをご利用いただけます。

7. その他

(1) 入居中の医療の提供について

当施設は、医療施設ではありません。医療を必要とする場合には、下記の協力医療機関において診療や医療機関の紹介を受けることができます。

協力医療機関

医療機関の名称 なかがわ呼吸器科・アレルギー科医院

所在地 奈良市朱雀5丁目3-8

* 近医で受診することもあります。

(2) 病院受診、及び救急搬送について

①協力医療機関以外で病院受診する場合、原則付き添いをお願いいたします。

②救急搬送時には、今後の治療方針について医師との相談が必要となりますので、必ずお越しくださいますようお願いいたします。

(3) 入居者が入院された場合

①入院されますと介護保険のサービスはご利用になれません。病院で必要なおむつ等は、施設からの持ち出しは出来ません。

②空きベッドは他の方に転用するように指導を受けております。ショートステイを利用される方の便宜を図るため、お荷物をお持ち帰り頂けますようお願いいたします。もし、ご希望があれば当施設にてお荷物をお預かりすることもできます（有料）。

保管料 1日当たり 100円

ただし、当施設は保管専用倉庫ではございません。湿気等にてお荷物が滅失毀損しても当施設としてはその責任を負いかねます。極力お持ち帰り下さるようお願いいたします。

③入院が長期に及びそうな場合、多数の入居待機者がいらっしゃる事を考慮させていただき、入院の内容や期間の見通し等を踏まえ、以下のとおり対応いたします。また、状況によっては退所のご相談をさせて頂く場合があります。

(ア) 30日以内の入院の場合

概ね30日以内の入院の場合には、退院後、再び当施設での生活を再開していただくことを基本とします。

ただし、入院した翌日から6日間は外泊時費用、それ以降は居住費をご負担いた

だきます。

(イ) 30日を超え、3か月以内の入院の場合

入院期間が30日を超え、3か月以内で退院された場合には、再び当施設へ優先的に入所できるよう努めます。また、当施設が満室である場合においても、短期入所生活介護（ショートステイ）を優先的にご利用いただけるよう配慮いたします。

(ウ) 3か月以内であっても、退院の見込みが立たない場合

入院期間が3か月以内であっても、病状や治療経過等により、退院の見込みが立たないと判断される場合には、入所契約を解約とすることがあります。その場合においては、ご本人およびご家族の意向を十分に尊重し、心身の状態や生活環境等を勘案したうえで、円滑な生活の移行が図られるよう、入院先医療機関の地域連携室等に対して情報提供を行います。

※本項に基づく対応および退所等の判断にあたっては、入院期間の長短のみをもって一律に行うものではありません。病状および治療の見通し、退院時期の予測、退院後における施設での生活継続の可否、ご本人およびご家族の意向、主治医等の意見を踏まえ、多職種による協議の上で総合的に判断します。

(4) 退所手続き

《入居者の都合で退所される場合》

退所を希望する日の7日前までに文書でお申し出ください。

《双方の通知がなくても、自動的にサービスが終了となる場合》

- ①入居者が他の介護保険施設に入所した場合
- ②入居者が亡くなられた場合
- ③入居者の要介護区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合
- ④入居者の要介護区分が、要介護1及び要介護2と認定され自宅等での生活が可能と行政より判断された場合
- ⑤入院期間が30日を超過した場合

8. 看取り介護の対応、及び在宅復帰

入居者が医師の診断のもと回復不能な状態に陥った場合には、入居者並びに家族等の同意の上で当施設において、看取り介護を実施することが可能です。

看取り介護は、当施設の「看取りに関する指針」に基づいて介護計画を作成し、入居者の尊厳と安楽を保持しながら、安らかな最期を迎えられるように支援を行います。又、中間施設の役割を担っており心身機能の安定が図れ、状態の回復がみられた場合には、在宅復帰も視野に入れ支援を行います。

9. 守秘義務、及び個人情報の保護

当施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た入居者、その家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、本契約が終了した後においても継続します。

10. 緊急時の対応

入居者の体調の変化等、緊急の場合には下記に定める緊急連絡先にご連絡いたします。

氏 名	
住 所	
住所地の電話番号	
続 柄	
携 帯 電 話	

前頁の連絡先では繋がらなかった場合の連絡先

氏 名	
住 所	
住所地の電話番号	
続 柄	
携 帯 電 話	

11. 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、応急処置および緊急受診などの必要な処置を講ずるほか、家族等に速やかに連絡いたします。又状況に応じて保険者へ速やかに報告いたします。

12. ハラスメントへの対応

施設内に相談窓口を設けております。ハラスメント行為に対しましては、必要な処置を講じます。

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火責任者	管理者
防災訓練	年 2 回消防訓練を実施します。
防火設備	自動火災通報装置、非常時通報装置、スプリンクラー、消火器など

14. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

入居者、家族等からの相談・苦情等に対し迅速に対応します。

受付窓口 主任生活相談員（不在の時は他の者が対応します）
電話番号 0742 (71) 7733
受付時間 毎日 9:00~17:30

(2) 第三者委員

第三者委員が入居者、家族等の相談・苦情を受け付けます。

委員 高嶋 康伸
住所 奈良市東向北町 21-1 松山ビル 2階3号
電話番号 090-4498-4689
委員 後藤 紀代美
住所 木津川市兜台 1-2-24-201
電話番号 090-9884-6882

(3) 行政機関その他苦情受付機関

◎ 奈良市 介護福祉課

電話番号 0742 (34) 5422
ファックス 0742 (34) 2621
受付時間 土日祝を除く (9:00~17:00)

◎ 奈良県運営適正化委員会（奈良県社会福祉協議会内）

電話番号 0744 (29) 1212
ファックス 0744 (29) 1212
受付時間 土日祝を除く (9:00~17:00)

◎ 奈良県国民健康保険団体連合会 介護苦情係

電話番号 0744 (29) 8326
ファックス 0744 (29) 8322
受付時間 土日祝を除く (9:00~17:00)

15. 第三者評価の実施状況

あり	実施日	令和	年	月	日	
	評価機関名称					
	評価結果の開示					
なし						

令和 年 月 日

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の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 サンタ・マリア

氏 名

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開始に同意しました。

契約者 住 所

氏 名