

指定介護老人福祉施設 フォーレスト 重要事項説明書

令和7年4月1日 現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(長野県指定 2072200450)

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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「**要介護3**」と認定された方が対象となります。

◆◆目次◆◆

| | |
|-----------------------------|----|
| 1. 運営法人概要 | 1 |
| 2. 施設の概要 | 2 |
| 3. 居室の概要 | 3 |
| 4. 職員の配置状況 | 4 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金 | 5 |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について） | 11 |
| 7. 残置物引取について | 12 |
| 8. 苦情の受付について | 13 |

1、運営法人概要

- | | |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 ちいさがた福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 長野県東御市常田2-1 |
| (3) 電話番号 | 0268-64-7200 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 太田心平 |
| (5) 設立年月日 | 昭和61年6月5日 |

2、施設の概要

- | | |
|--------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設 平成13年4月1日指定 長野県指定 第2072200450 |
| (2) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法に従い契約者（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と共に施設機能を活用した機能回復訓練等により在宅復帰を目的として、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いただき、介護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いただけます。 |
| (3) 施設の名称 | 介護老人福祉施設 フォーレスト |
| (4) 施設の所在地 | 長野県東御市常田2番1 |
| (5) 電話番号 | 0268-64-7200 |
| (6) 施設長 | 氏名 古田 美樹 |
| (7) 当施設の運営方針 | 介護保険法令の定めるところにより要介護の状態にある人が居宅において介護を受けることが困難であるとき、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、食事、入浴、排泄等の介護その他日常生活上の世話、機能訓練等を行うことにより利用者の心身機能の維持向上並びに利用者の在宅復帰への援助及び利用者の家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とします。 |
| (8) 開設年月日 | 平成13年4月1日 |
| (9) 入居定員 | 52名 |

3、居室の概要

(1) 居室等の概要(原則全館禁煙)

当フォーレストでは以下の居室・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、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添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) | 10室 | (従来型個室) |
| 2人部屋 | 3室 | (多床室) |
| 4人部屋 | 11室 | (多床室) |
| 静養室 | 1室 | |
| 合 計 | 25室 | |
| 食 堂 | 4室 | 各フロアに談話室、キッチンと共に整備 |
| 機能訓練室 | 1室 | |
| 浴 室 | 2室 | 特殊浴槽室・一般浴室 |
| 医 務 室 | 1室 | |

※ 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。

※ 居室の変更について

ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。

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

当フォーレストでは、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います。

《主なスタッフの配置状況》

※スタッフの配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種 | 常勤換算 | 指定基準 |
|-------------|-------|------|
| 1. 施設長（管理者） | 1名 | 1名 |
| 2. 介護職員 | 20名以上 | 18名 |
| 3. 生活相談員 | 1名以上 | 1名 |
| 4. 看護職員 | 3名以上 | 1名 |
| 5. 機能訓練指導員 | 1名以上 | 1名 |
| 6. 介護支援専門員 | 1名以上 | 1名 |
| 7. 医師 | 1名 | 必要数 |
| 8. 管理栄養士 | 1名 | 1名 |

※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フォーレストにおける常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

《主な職種の勤務体制》

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|------------|---|
| 1. 医 師 | 毎週 月曜日の午後 |
| 2. 介護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～16:00 4名 日中： 8:30～17:30 9:00～18:00 4名 遅出： 11:00～20:00 12:00～21:00 13:00～22:00 4名 準夜勤： 15:00～0:00 1名 夜勤： 16:00～翌9:00 2名 |
| 3. 看護職員 | 標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 8:00～17:00 1名 日中： 8:30～17:30 1名 9:30～18:30 1名 |
| 4. 機能訓練指導員 | 月～金： 8:30～17:30 1名 |

5、当フォーレストが提供するサービスと利用料金

当フォーレストでは、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当フォーレストが提供するサービスについて係る費用は、以下の通り徴収いたします。

- (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いただく場合

(1) フォーレストが提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについて、居住費、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

《サービスの概要》

①居室の提供

②食事の提供

- ・当フォーレストでは、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態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各フロアの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： 8:00～ 9:00
昼食： 12:00～ 13:00
夕食： 18:00～ 19:00

③入浴

- ・入浴または清拭を週2回以上行います。
- ・身体機能の低下した方でも機械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、ご契約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

- ・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また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

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦その他自立への支援

- ・身体機能の低下を防ぐため、出来る限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、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。

情報開示について

当事業所は、ご本人並びにご家族の求めに従って、ご本人に関する情報(利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。遠慮なくお尋ねください。ただし、ご本人あるいは代理人でない方からのご請求につきましては、当事業所所定の書面によりご本人のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

《サービス利用料金（1日あたり）》（契約書第5条参照）

下記の料金表によって、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を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額及び居住に係る標準自己負担額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。又、食事・居住に係る負担額は被保険段階によって異なります。）

☆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。

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

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

（ 多床室の場合 ）

| *ご契約者の要介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------------------------------|------------------|---------|---------|---------|---------|
| 1.サービス利用料金 | 5.890 円 | 6.590 円 | 7.320 円 | 8.020 円 | 8.710 円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額（一割負担の方） | 5.301 円 | 5.931 円 | 6.588 円 | 7.218 円 | 7.839 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1-2）（一割負担の方） | 589 円 | 659 円 | 732 円 | 802 円 | 871 円 |
| 4.日常生活継続支援加算 | 36 円 | | | | |
| 5.栄養マネジメント強化加算 | 11 円 | | | | |
| 6.個別機能訓練加算Ⅰ | 12 円 | | | | |
| 7.看護体制加算Ⅰ | 4 円 | | | | |
| 8.看護体制加算Ⅱ | 8 円 | | | | |
| 9.夜勤職員配置加算Ⅰ | 13 円 | | | | |
| 10.口腔衛生管理・体制加算 | 90 円 | | | | |
| 11.介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×83／1000 | | | | |
| 12.介護職員特定処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×27／1000 | | | | |
| 介護職員特定処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数×23／1000 | | | | |
| 13.介護職員等 ベースアップ等支援加算 | 所定単位数×16／1000 | | | | |
| 14.食事に係る負担額: | | | | | |
| 被保険第1段階(生保等) | 300 円 | | | | |
| 被保険第2段階(年収80万以下) | 390 円 | | | | |
| 被保険第3段階(住民税非課税世帯) | 650 円または 1.360 円 | | | | |
| 被保険第4段階(上記以外) | 1.445 円 | | | | |

| | |
|-----------------------|-------|
| 15.居住に係る自己負担額: | |
| 被保険第 1 段階(生保等) | 0 円 |
| 被保険第 2 段階(年収 80 万以下) | 370 円 |
| 被保険第 3 段階(住民税非課税世帯) | 370 円 |
| 被保険第 4 段階(上記以外) | 855 円 |

(従来型個室の場合)

| * ご契約者の要介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|--|------------------|---------|---------|---------|---------|
| 1.サービス利用料金 | 5,890 円 | 6,590 円 | 7,320 円 | 8,020 円 | 8,710 円 |
| 2.うち、介護保険から給付される金額 (一割負担の方) | 5,301 円 | 5,931 円 | 6,588 円 | 7,218 円 | 7,839 円 |
| 3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2) (一割負担の方) | 589 円 | 659 円 | 732 円 | 802 円 | 871 円 |
| 4.日常生活継続支援加算 | 36 円 | | | | |
| 5.栄養マネジメント強化加算 | 11 円 | | | | |
| 6.個別機能訓練加算 | 12 円 | | | | |
| 7.看護体制加算Ⅰ | 4 円 | | | | |
| 8.看護体制加算Ⅱ | 8 円 | | | | |
| 9.夜勤職員配置加算 | 13 円 | | | | |
| 10. 口腔衛生管理・体制加算 | 90 円 | | | | |
| 11.介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×83／1000 | | | | |
| 12.介護職員特定処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数×27／1000 | | | | |
| 介護職員特定処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数×23／1000 | | | | |
| 13.介護職員等 ベースアップ等支援加算 | 所定単位数×16／1000 | | | | |
| 13.食事に係る負担額: | | | | | |
| 被保険第 1 段階(生保等) | 300 円 | | | | |
| 被保険第 2 段階(年収 80 万以下) | 390 円 | | | | |
| 被保険第 3 段階(住民税非課税世帯) | 650 円または 1,360 円 | | | | |
| 被保険第 4 段階(上記以外) | 1,445 円 | | | | |
| 14.居住に係る自己負担額: | | | | | |
| 被保険第 1 段階(生保等) | 0 円 | | | | |
| 被保険第 2 段階(年収 80 万以下) | 370 円 | | | | |
| 被保険第 3 段階(住民税非課税世帯) | 370 円 | | | | |
| 被保険第 4 段階(上記以外) | 855 円 | | | | |

ご契約者が、6日以内の入院または外泊をされた分のお支払いいただく利用料金は、下記のとおりです。(契約書第18条、第21条参照)

(1日あたり)

| | |
|--------------------|---------|
| 1. サービス利用料金 | 2,460 円 |
| 2. うち介護保険から給付される金額 | 2,214 円 |
| 3. 自己負担額(1－2) | 246 円 |

(2) その他介護保険の給付の対象となるサービス加算 (契約書第5条参照)

| | 加 算 | 加算条件 | 介護給付額 100% | 内自己負担額 10% (保険額 単位) |
|---|------------|---|-------------|------------------------|
| 1 | 初期加算 | 利用者が新規に入所及び 1 箇月以上の入院後再び入所した場合、30日間加算 | 1 日 300 円 | 1 日 30 円 |
| 2 | 入院・外泊時加算 | 利用者が入院及び外泊の場合6日を限度として加算。 (但し、入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。) | 1 日 2,460 円 | 1 日 246 円 |
| 3 | 経口移行加算 | 経管により食事を摂取する利用者が、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合。 (180日を限度) | 1 日 280 円 | 1 日 28 円 |
| 4 | 経口維持加算Ⅰ | 摂食障害や誤嚥を有する者に対して、他職種共同により栄養管理を行う場合。 | 1 月 4,000 円 | 1 月 400 円 |
| 5 | 経口維持加算Ⅱ | 上記、他職種共同に医師・歯科医師等が、会議等に加わった場合に、上記に加えて算定。 | 1 月 1,000 円 | 1 月 100 円 |
| 6 | 療養食加算 | 医師の指示に基づく療養食を提供した場合。 | 1 日 180 円 | 1 日 18 円 |
| 7 | 生活機能向上連携加算 | 外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合。 (個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位) | 1 月 1,000 円 | 1 月 100 円 |
| 8 | 褥瘡マネジメント加算 | 褥瘡発生を予防するため、定期的な評価を行った場合 | 1 月 100 円 | 1 月 10 円 |
| 9 | 協力医療機関連携加算 | 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を提起的に開催していること。 | 1 月 500 円 | 1 月 50 円 |

| | | | | | | |
|----|--------------------|---|----|--------|----|------|
| 10 | 退所時情報提供加算 | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定する。 | 1回 | 2,500円 | 1回 | 250円 |
| 11 | 退所時栄養情報連携加算 | 管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供する。1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。 | 1月 | 700円 | 1月 | 70円 |
| 12 | 高齢者施設等感染症対策向上加算（Ⅰ） | 協力医療機関等との新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。 診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染向上加算に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修または訓練に1年に1回以上参加していること。 | 1月 | 100円 | 1月 | 10円 |
| 13 | 新興感染症等施設療養費 | 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を上限として算定する。 | 1日 | 2,400円 | 1日 | 240円 |

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

＊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。

《サービスの概要と利用料金》

①食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

利用者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用。

実費相当額の範囲内にてご負担頂きます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された食費の金額(1日当り)のご負担となります。

②居住に要する費用(光熱水費及び室料(建物設備等の減価償却費等))

当施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室ご利用の方には光熱水費相当額、従来型準個室ご利用の方には光熱水費相当額及び室料(建物設備等の減価償却費等)を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された滞在費(居住費)の金額(1日当り)のご負担となります。

＊外出・外泊・入院等で居室を空けておく場合は、第1～第3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。

③特別な食事

ご契約者の希望に基づき特別な食事を提供した場合、要した費用に相当する実費を負担頂きます。

④遠方移送に係る交通費について

東御市外の病院へ、入居者の希望のための移送を行う場合の交通費として以下の通り実費相当額をご負担頂きます。

施設～病院までの往復距離 × 100円

⑤理髪・美容サービス

2か月に1回、理容師・美容師による出張理髪サービスをご利用頂けます。

利用料金：1回あたり 2,000円

⑥貴重品の管理

・原則として、貴重品管理は行いませんのでご契約者に係る現金及び資産に関する一切の財産管理は、ご契約者本人又は契約代理者にて行って下さい。

⑦レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂けます。

- ・利用料金：その都度必要とされた、材料代等の実費を頂きます。
- ・その他詳細については、別紙の事業計画書を参考にして下さい。

⑧複写物の交付

ご契約者は、サービス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実費をご負担頂きます。

⑨通信費

請求書等をご家族へ送付する際の切手代金等実費相当分をご負担頂きます。

⑩日常生活上必要となる諸費用実費

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、ご契約者に負担頂くことが適当であるものに係る費用を負担頂きます。

- ・個人で使用するティッシュペーパーは原則ご本人・ご家族にご用意頂きます。施設側で用意する場合には、購入費用を負担頂きます。尚、他の入居者の方と共有するティッシュは、施設側で用意いたします。
- ・テレビ、電気毛布等個人で使用する電気器具を使用される場合、3品目まで電気代日額 100 円をご負担頂きます。尚、4品目以上等、さらに多く電化製品を使用される場合はご相談下さい。
- ・その他、私的理由での書類送付等に係る実費相当額について自費負担頂きます。

※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。

⑪契約書第19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実際に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金は以下の通りです。

その他、居住にかかる費用相当分が別途算定されます。

(多床室の場合)

1 日辺り 855 円 (多床室居住費 1 日分に相当)

(従来型個室の場合)

1 日辺り 1171 円 (従来型個室居住費 1 日分に相当)

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 1 か月前までにご説明いたします。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

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

- ① 金融機関口座からの自動引き落とし (施設指定の金融機関のみとなります。)
- ② 施設指定の口座振込みでのお支払い (指定口座へのお振込みをお願いします。)
- ③ 現金でのお支払い (施設事務所でのお支払いをお願いします。)

(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、下記の主治・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。)

① 協力医療機関

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | 東御記念セントラルクリニック |
| 所 在 地 | 長野県東御市県 1 6 5 番地 1 |
| 診 療 科 目 | 内科、外科、整形外科、心療内科等 |

ほか、東御市民病院（東御市）・浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）・小林脳外科（上田市）など、主治医診療により協力を依頼することがあります。

② 協力歯科医療機関

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 高見沢歯科医院 |
| 所在地 | 長野県上田市生田5055番地1 |
| 診療科目 | 歯科、矯正歯科、小児歯科 等 |

6、当施設を退所していただく場合（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。（契約書第13条参照）

- ① 要介護認定により、ご契約者の心身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、破産した場合また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また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（詳細は、以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は、以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条、第15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出することができます。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下さい。但し、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、その他本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16条参照）

以下の事項に該当する場合には、事業者より申出て、当施設より退所して頂く事があります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払が2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事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 ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご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18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 6日間以内の短期入院の場合
6日間以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所する事ができます。
但し、入院期間中であっても、1日あたりの居住費を負担頂きます。
- ② 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合
3ヶ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事ができます。
但し、入院時に予定されていた退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていないときには、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用頂く場合があります。
又、ご本人が入院されている間、当ベッドは短期入所生活介護の利用を希望される方に使用して頂く場合があります。この場合、入院期間中の所定利用料金をご負担頂く必要はありません。
- ③ 3か月以内の退院が見込まれない場合
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はできません。

（３）円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、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、円滑な退所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。

- ① 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ 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、残置物の引き取りについて（ 契約書 第20条参照 ）

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物を引き取る人」を定めていただきます。（契約書第22条参照）特段、契約者より申出がない場合は「身元引受人」といたします。

当施設は、「身元引受人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。

又、引き渡しにかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

8、苦情の受付について（ 契約書 第22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。

① 苦情受付窓口（担当者）： 氏名（職名）

ふるた みき
古田 美樹 （ 管理者 ）

よだ あさみ
依田 麻美 （ 看護主任 ）

たなか ともひろ
田中 智広 （ 介護主任 ）

まるお ゆうすけ
丸尾 勇介 （ 介護主任 ）

② 受付時間： 毎週月曜日～金曜日 午前8:30～午後17:30

又、苦情受け付けボックスをフォーレスト内に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

| | |
|---------------------|---|
| 東御市高齢者係 | 電話番号 0268-75-5090 |
| 国民健康保険団体連合会 | 電話番号 026-238-1580 |
| その他各市町村介護保険担当課 | 各電話番号 上田市 22-4100 (丸子地区 42-3100 真田地区 72-2200 武石地区 85-2119) 長和町 68-3494 青木村 49-1110 |
| 長野県福祉サービス 適正化委員会 | 電話番号 0120-28-7109 |
| ちいさがた福祉会第三者委員 | 法人の第三者委員にも直接ご相談頂けます 神津 忠吉様 電話番号 0268-62-2392 吉澤 健二様 電話番号 0268-67-2678 |

9. 第三者評価の受審状況について

介護老人福祉施設 フォーレストでは、第三者評価機関からの受審について
____年 ____月 ____日 現在 受審して（おります ありません）

受審している場合の状況は以下の通りです。

- ① 実施日 : ____年 ____月 ____日
- ② 評価機関の名称 : _____
- ③ 評価結果の開示状況 : 開示状況 あり ・ 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 フォーレスト

説明者 担当職員 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、指定介護老人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 _____ 印

身元引受人

住所 _____

氏名 _____ 印

別紙 1.

＜行事＞

主なレクリエーション行事予定(以下のような行事を、生活に取り組んでいます。)

| | | |
|-----|--------------------------------|--|
| 1月 | 1日 新年 中旬 どんど焼き 下旬 新年のお祝い | おせち料理を中心とした昼食会を行い新年を祝います。 まゆ玉を作り、どんど焼きをします。 おやつ会などを行います。 |
| 2月 | 3日 節分 | 施設内で入居者の方と豆まきを行います。 |
| 4月 | 中旬 お花見 | 施設近くの桜を見に出掛けます。 |
| 8月 | 上旬 暑気払い | 夕食の会食を行います。バーベキューやオードブルなど、入居者の方の好みを伺います。 |
| 9月 | 中旬 敬老会 | 午前中に式典を行い、賀寿のお祝いをし、会食会をします。 |
| 11月 | 上旬 焼き芋 | 施設中庭にて焼き芋をします。 |
| 12月 | 下旬 クリスマス会 忘年会 もちつき | 一年を締めくくる催し物を行います。 入居者の方ともちつきを行い、施設に鏡餅を飾ります。 |

その他の活動

| | | |
|-------|---------|----------------------|
| 月 1 回 | 下旬 誕生日会 | その月に誕生日を迎える入居者を祝います。 |
|-------|---------|----------------------|

上記の他、随時保育園・小中学校の児童達との交流会があります。

《 重要事項説明書 付属文書 》

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨造（耐火構造） 2階建
(2) 建物の延べ床面積 3, 170. 34㎡
(3) 併設事業

当施設では、次の事業を実施しています。

| | | | | |
|----------------------|-------|----|------|-------|
| 【介護老人福祉施設】 | 平成13年 | 4月 | 1日指定 | 定員52名 |
| 【短期入所生活介護】 | 平成13年 | 4月 | 1日指定 | 定員 8名 |
| 【介護予防短期入所生活介護】 | 平成18年 | 4月 | 1日指定 | 定員 8名 |
| 【通所介護フォーレスト】 | 平成13年 | 4月 | 1日指定 | 定員40名 |
| 【介護予防通所介護フォーレスト】 | 平成18年 | 4月 | 1日指定 | 定員40名 |
| 【認知症対応型共同生活介護フォーレスト】 | 平成14年 | 4月 | 1日指定 | 定員 9名 |

(4) 施設の周辺環境

東御市福祉の森に位置し、周辺は東御市中央運動公園に囲まれており、緑豊かな環境と共に新興住宅地の東側でもあり、地域住民との協力関係と共に地域に開かれた施設環境にあります。

2. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」に定めます。「施設サービス計画(ケアプラン)」の作成及びその変更は次の通り行います。(契約書第2条参照)

- ① 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）が施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等を実施します。
↓
- ② 介護支援専門員は、施設サービス計画の原案について、ご契約者並びに代理人に対して説明し、同意を得た上で決定します。
↓
- ③ 施設サービス計画は、定期的に又はご契約者並びに代理人等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご契約者並びに代理人等と協議して、施設サービス計画を変更します。
↓
- ④ 施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認して頂きます。(①～④は適時繰り返します。)

3. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- 1 ご契約者の生命・身体・財産の安全・確保に配慮します。
- 2 ご契約者の体調、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、医療的対応をいたします。
- 3 ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- 4 ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者並びに代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- 5 ご契約者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。
但し、ご契約者又は他の利用者の方等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載する等、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- 6 （守秘義務）事業者並びにサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者並びにご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にてご契約者の心身等の情報を提供します。
又、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている他の利用者の方々との共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）持ち込みの制限

＊入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ①ペット等他の利用者に迷惑がかかるもの。
- ②酒類、危険物など。

（2）面会

面会時間 9時00分 ～ 17時00分

※面会時は、事務所備えの面会記録へのご署名をお願いいたします。

（3）外出・外泊（契約書第21条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。

（4）食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までにお申し出があった場合には、重要事項説明書5（3）に定める「食事にかかる負担額」は減額されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第9条参照）

- ①居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。

但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

- ④当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内・外ともに禁煙となっております。

5. 損害賠償について（契約書第10条、第11条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を加入保険の範囲内で賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失があると認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 同姓介助の有無、介助時のご希望について

フォーレストでは男性・女性の介護職が業務に従事しています。

日常的には性別の区別無く、入居者・利用者の方への身体介護を提供させて頂いております。

入所時などに、同姓介助へのご希望の有無などについてご確認させて頂きますが、夜勤時間帯など勤務都合により、必ずしもご希望に添えない場合もございますので、予めご承知下さい。