重要事項説明書（指定介護老人福祉施設）

【運営方針】

特別養護老人ホーム湘南ベルサイドは、明るく家庭的な雰囲気を有し、入居者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って可能なかぎり居宅における生活への復帰を念頭に置き、日常生活上の介護、機能訓練、健康管理等のお世話をすることにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう支援する。特別養護老人ホーム湘南ベルサイドは、高齢者を心から敬愛し、福祉サービスを必要とする方が心身ともに日々輝いた生活が出来るようその自立を支え、利用者本位の運営を目指します。

1　事業所の概要

法 人 名	社会福祉法人　かがやき
事 業 所 名	特別養護老人ホーム　湘南ベルサイド
所 在 地	茅ヶ崎市中島７３６－１
介護保険事業所番号	１４７２４００４３９号
管理者及び連絡先	施設長　新　門　　保　恵 ０４６７－５７－３３２８

2　事業所の職員体制等　（令和8年11月１日現在）

職　　種	人　　員
管理者	１名
医師	１名（常勤　　名、非常勤　１名）
生活相談員	１名（常勤　１名、非常勤　　名）
介護支援専門員	１名（常勤　１名、非常勤　名）
機能訓練指導員	２名（常勤　名、非常勤　２名）以上
介護職員	３０名（常勤２１名、非常勤　９名）以上
看護師	１０名（常勤　１名、非常勤　９名）以上
管理栄養士	１名（常勤　１名、非常勤　　名）

3　設備の概要

区　　分	数　　量　・　規　　模	
入所定員	５４名	
居　　室	４人部屋	８室（１室 42.68 ～ 46.10 ㎡）
	２人部屋	６室（１室 23.04 ～ 25.72 ㎡）
	個　　室	１０室（１室 13.44 ～ 15.81 ㎡）
デイルーム	５室	
機能訓練室	１室	
浴　　室	中間浴槽と特殊浴槽があります	
面 接 室	１室	

４　サービス内容

① 食　　事	･朝食　８：００～　･昼食 １１：３０～　･夕食 １７：３０～
② 介　　護	･食事介助、排せつ介助、体位変換、移乗介助、施設内移動の付き添い
③ 入　　浴	･週２回のペースでお入りいただいています。
④ 機能訓練	･生活リハビリを中心に行ない、必要に応じ機能訓練室での訓練やホットパックを実施します。
⑤ 健康管理	･毎月２回嘱託医の回診を行っています。
⑥ 理容・美容	･月１～２回、理容・美容サービスを実施しています（料金は自己負担）。
⑦ レクリエーション	･季節に合わせた行事を行っています。

５　サービス利用に当たっての留意点

① 面会時間	・９：００～２０：００
② 金銭・貴重品の管理	・やむを得ない場合を除き、貴重品はお預かり致しません。
③ 外出・外泊	・あらかじめご相談下さい。
④ 飲酒・喫煙	・所定の時間、場所でお願いします。
⑤ 施設・設備の利用	・居室及び共用施設等は、本来の用途に従って利用して下さい。 事業所の施設（設備及び備品）を故意又は過失により、壊したり、汚したりされた場合には、利用者の費用により原状に復するか、又は相当の代価をお支払い頂く場合があります。
⑥ 所持品の持ち込み	･新たに所持品を追加される場合は、必ず職員にお知らせ下さい。 ･ご利用者及びご家族が食べる分以外の飲食物は、お持ちにならないようにして下さい。置いていかれる場合は職員にお知らせ下さい。
⑦ 施設外での受診	･原則としてご家族に付添って頂きます。
⑧ 禁止事項	･職員又は他の利用者に対し､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ご遠慮下さい。 万が一禁止事項が行われた場合には退所して頂く場合がございます。
⑨ その他	･職員に対する個人的な贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させて頂きます。

６　緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。緊急の場合は、必ずご家族の付添いをお願いします。

7　協力病院

医療を必要とする場合は、希望により、下記協力医療機関において診察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察・入院治療を義務付けるものでもありません。

①嘱託医

医療機関の名称	横浜エムエムクリニック
所在地	横浜市西区みなとみらい3-3-1三菱重工横浜ビル3階
診療科	内科

②協力歯科医院

医療機関の名称	グレースデンタルメディカルクリニック厚木
所在地	海老名市河原口2-15-22
医療機関の名称	
所在地	

③協力医療機関

医療機関の名称	茅ケ崎市立病院
所在地	茅ケ崎市本村5-15-1
診療科	内科、消化器科、循環器科、神経内科、外科、呼吸器外科、整形外科
	脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、精神科、耳鼻咽喉科　他

医療機関の名称	湘南東部総合病院
所在地	茅ケ崎市西久保500
医療機関の名称	茅ケ崎徳洲会病院
所在地	茅ケ崎市幸町14-1

8　事故発生時の対応

①入所者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合、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事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録を致します。

③入所者に対する指定介護老人福祉施設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うものとします。

但し、事業者に故意過失がなかった場合は、この限りではありません

9　秘密保持と個人情報の保護について

入所者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

１０　虐待防止のための措置に関する事項

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

①　施設における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について介護職員等に周知徹底を図る。

②　施設における虐待防止のための指針を整備する。

③　施設において虐待を防止するための定期的な研修を実施する。

④　前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

※施設は、サービス提供中に、当該事業者又は養護者（利用者家族等で要支援者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

１１　身体拘束の手続き

身体拘束は、基本的には行わないこととする。但し、当該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には、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や適正な手続きにより身体等の拘束を行う。

①　「身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会」を多職種で構成し、定期的な協議のもと適正化を目指す。協議の結果について、職員に周知徹底を図るものとする。

②　身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

③　介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施する。

（虐待防止）

１２ 従業員研修について

職員のスキルアップ、質的向上を図り研修の機会を提供するものとし、対応力の強化を目指してまいります。また、年間の研修計画に基づいて行います。

１３ 苦情相談窓口・対応

サービスに関する苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様苦情相談窓口	電話番号　０４６７―５７―３３２８ FAX番号　０４６７―８４―０２５０ 苦情相談窓口　石田　弘和

第三者委員	電話番号　０４６７―８３―０９７２ 福祉サービス相談員　森　早苗

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

茅ケ崎市役所介護保険課	電話番号　０４６７―８２―１１１１ FAX番号　０４６７―８２―１４３５
（ ）	電話番号
神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）	電話番号　０４５―３２９―３４４７

１４　利用者負担　（令和8年11月1日～）

利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。

＊介護保険負担割合証において、利用者の負担割合が2割の方は、1）3）4）が2倍、3割の方は3倍となります。

１）介護報酬に係る利用者負担金（１日あたり）

要介護　１	６１６円	要介護　３	７６５円
要介護　２	６８９円	要介護　４	８３８円
		要介護　５	９１１円

２）居住費と食費（１日あたり）

		負担限度額認定証をお持ちの方	その他の方
居　住　費	多床室	第１段階　０円	９１５円
		第２段階　４３０円	
		第３段階①　４３０円	
		第３段階②　５３０円	
	個　室	第１段階　３８０円	１，２３１円
		第２段階　４８０円	
		第３段階①　８８０円	
		第３段階②　９８０円	
食　　費		第１段階　３００円	２，２２９円
		第２段階　３９０円	
		第３段階①　６８０円	
		第３段階②　１，４２０円	

３）加算（施設体制／１日あたり）

日常生活継続支援加算（Ⅰ）	重介護者中心に受入る中、介護福祉士を手厚く配置。	３８円
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護職員を配置。	５円
看護体制加算（Ⅱ）	看護職員を手厚く配置。	９円
看取り介護加算	死亡日以前３１日以上４５日以下。	７６円
	死亡日以前４日以上３０日以下。	１５１円
	死亡日前日、前々日。	７１１円
	死亡日。	１，３３８円

４）加算（個別／１日あたり）

初期加算	入所日から３０日以内に限ります。	３２円
外泊時費用	入院や外泊等、1ヶ月に６日間まで。	２５７円
再入所時栄養連携加算	入院時大きく異なる栄養管理が必要になった場合。退院時1回。	２０９円
安全対策体制加算	事故の防止と発生時の適切な対応の観点から担当者の配置。入所時1回。	２１円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	歯科衛生士が月２回以上技術的助言及び指導を行いLIFEの活用。	１１５円／月
経口維持加算（Ⅰ）	医師、歯科医師の指導のもと栄養管理を行う。	４１８円／月
経口維持加算（Ⅱ）	月1回以上の会議に医師など1名以上が加わる。	１０５円／月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	1）に3)、4）を加えた総単位数の17.6%	4,645円前後／月
科学的介護推進体制Ⅱ	科学的介護情報システム（LIFE）の活用。	５３円／月
協力医療機関連携加算	地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築	５３円／月
生産性向上推進体制（Ⅱ）	人材不足の中、サービスの質の確保及び職員の負担軽減の措置を講じている	１１円／月

※１　加算３）・４）は、施設又は個々の状況に応じ、算定する場合としない場合、または日割り計算する場合があります。各月により変わることがありますので、予めご了承下さい。

※２　看取り介護加算は、死亡日を含めて４５日を上限に、施設において行った看取り介護を評価する加算である為、死亡前に在宅へ戻られたり医療機関へ入院した後、在宅や転院先で死亡した場合でも施設の在籍期間分は算定されます。（退所日翌日から死亡日までが４５日以上あった場合は算定されません）また、死亡月にまとめて算定されることから、退所等の翌月に亡くなった場合に前月分の看取り介護加算に係る一部負担の請求が発生する場合がありますので、予めご了承下さい。

あわせて、入院退所の際、入院先の医療機関と継続的に、円滑な情報を共有することが必要であり、相互に情報提供等をさせていただきますこと、ご了承下さい。

※３　入院等により、施設利用が一時的に無くなった場合。
最初の 6 日間、月をまたぐ場合は最大で 12 日間は、外泊時費用（257 円／日）と併せて、限度額認定証もしくは、その他の方のご負担分をお部屋代としてご請求させていただきます。
更に 7 日目以降、月をまたぐ場合 13 日目以降は外泊時費用（257 円／日）が無くなりますが、お部屋代につきましては、お部屋確保費用として、**皆さま一律**

日額、多床室９１５円　個室１，２３１円をご請求させていただきます。

尚、ショートステイの方にベッドを利用（空きベッド利用）させていただいた場合は、費用の発生はいたしません。

日額

		負担限度額認定証をお持ちの方	その他の方
居　住　費	多床室	第 1 段階　0 円	915 円
		第 2 段階　430 円	
		第 3 段階①　430 円	
		第 3 段階②　530 円	
	個　室	第 1 段階　380 円	1,231 円
		第 2 段階　480 円	
		第 3 段階①　880 円	
		第 3 段階②　980 円	

お部屋確保費用は最大で 3 か月間とさせていただきます。その間、お申し出・ご相談により終了とさせていただくことが出来ます。その場合は原則、退所となり、待機者の方へお部屋をお譲りいただくことになります。

５）その他の費用（全額、自己負担）

区　　分	金　　額	内 容 の 説 明
理美容代	１回１，９８０円（カット代）	利用者の希望により提供した場合
日用品費	実費	利用者の希望・選択によって提供した場合（持参の場合は無料）
健康管理費	実費	予防接種等
嗜好品	実費	利用者の希望・選択によって、又は、必要と判断される場合
外出付添い	職員１人つき１，０００円（１時間）	利用者の希望により提供した場合
交通費	1ｋｍ20円	協力病院（茅ヶ崎市立病院）を超える場合
駐車場料金	実費	通院時は、協力病院（茅ヶ崎市立病院）を超える場合
買物代行	１件１，０００円	
預貯金管理費	１ヶ月１，０００円	原則、行いません。
特別医療処置材料費	実費	
処分費	５，０００円	退所時など荷物処分希望の場合

通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

区　　分	金　　額	内 容 の 説 明
行事代	実費	利用者の希望によって参加した場合

② 支払方法

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

Ａ　自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から毎月２７日に引き落とします。）

Ｂ　現金払い（翌月２０日までにお支払い願います。）

Ｃ　銀行振り込み（翌月２０日までにお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。）

【 説明・同意・交付確認欄 】

年　　月　　日

重要事項について文書を交付し、説明しました。

事業者　事業者名　湘南ベルサイド　　印

説明者　　石田　弘和

年　　月　　日

私は重要事項について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者　氏　名　　印

家　族　氏　名　　印

（代理人）