

特別養護老人ホームかわかみ苑 重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

当施設は、地域密着型施設サービスに基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭におき、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営めるよう支援することを目指すものとします。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2 施設の内容

(1) 施設の名称等

| | | | |
|------|--------------------|--------|--------------|
| 施設名 | 特別養護老人ホームかわかみ苑 | 苑長名 | 田中 隆志 |
| 指定番号 | 第 3590400093 号 | 電話番号 | 0838-54-2000 |
| 所在地 | 山口県萩市川上 4921 番地の 1 | FAX 番号 | 0838-54-2781 |

(2) 施設の従業者体制

| 職 種 | 従事するサービス種類・業務 | 人 員 |
|---------|---------------------------|-------------------------------------|
| 苑 長 | 施設職員の管理、業務の一元な管理 | 1 人 (常勤) |
| 嘱託医 | 入居者の健康管理及び保健衛生指導 | 1 人 (非常勤) |
| 生活相談員 | 入居者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等 | 1 人 (常勤) |
| 介護支援専門員 | 施設サービス計画の作成 | 1 人 (常勤：兼務) |
| 介護職員 | 入居者の日常生活全般にわたる介護業務 | 7 人 (常勤)、1 人 (常勤：兼務)、 1 (非常勤：兼務) |
| 看護職員 | 入居者の保健衛生管理及び看護業務 | 1 人 (常勤：兼務)、2 人 (非常勤：兼務) |
| 機能訓練指導員 | 入居者の身体機能の改善、減退を防止するための訓練 | 1 人 (常勤：兼務)、2 人 (非常勤：兼務) |
| 栄養士 | 食事の献立作成、入居者の栄養指導等 | 1 人 (常勤) |

(令和元年10月1日現在)

(3) 職員の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 | 備 考 |
|------|---------------------------|-----|
| 介護職員 | 早 勤① 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 | |
| | 早 勤② 7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 | |
| | 日 勤① 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 | |
| | 日 勤③ 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 | |
| | 遅 勤 1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 | |
| | 夜 勤 1 6 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0 | |
| 看護職員 | 日 勤 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 | |
| 栄養士 | 日 勤 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 | |

(4) 設備の概要

○ 定 員 入 居 2 0 名 (各ユニット、1 0 名)

① 居室

◇個室 20室

※入居者の居室には、ベッド・枕元灯・ロッカー等を備品として備えています。

※洗面所は各室に、トイレは各室に隣接して備えています。

② 共同生活室

◇2室（各ユニットに1室）

※食堂、交流の場及び機能訓練の場等として利用できます。また、それぞれに必要な備品を備えています。

③ 浴室

◇2室（各ユニットに1浴槽）

※浴室には阿武川温泉のお湯を引き入れています。

※入浴困難な場合は、併設施設の特殊浴槽を利用することができます。

④ 医務室

◇1室

※入居者の診療・治療のために医療法に規程する診療所を設け、入居者を診察するために必要な医療品及び医療器具を備えています。

3 施設が提供するサービスの内容

(1) 基本サービス

① 食事

朝食 7:30~9:30、昼食 12:00~14:00、夕食 18:00~20:00

※定められた時間内に適宜ご利用いただけます。

② 介護

食事等の介助、着替えの介助、排せつ介助、おむつ交換（随時）、体位変換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話等。

③ 医療・看護

嘱託医の診察は週1回（月曜）16:00~17:30 となっておりますが、診察日以外でも必要に応じて、適宜受診できるようになっています。当苑で処置できない病状の場合は協力医療機関に責任を持って引き継ぎます。なお、歯科については、月2回（第2木曜、第4水曜）の往診を受けることができます。

④ 入浴

毎日定められた時間内に適宜入浴が可能です。ただし、やむを得ない場合は清拭となる場合があります。

⑤ 機能訓練

個別メニューにより、機能訓練を実施します。

(2) その他のサービス

① 理容

奇数月に業者による理容サービスを実施しております。（料金は自己負担）

② レクリエーション行事

様々なレクリエーション行事をしております。参加は任意です。

※自己負担が必要な場合は、実費をご負担いただきます。

③ クラブ活動

現在、書道、生花、美術、園芸等を定期的実施しております。参加は任意です。

※自己負担が必要な場合は、実費をご負担いただきます。

④ 日常生活の購入代行

衣類・靴等日用品の購入代行を行っています。(購入代金の実費をご負担いただきます。)

⑤ 金銭管理サービス

銀行通帳、印鑑等の保管サービスのほか、施設利用料等の支払い代行を行っています。

※利用される場合は有料となります。

⑥ 電化製品の持込使用

個人専用のテレビ、電気こたつ、電気毛布等の利用が可能です。

※利用された場合は、1個につき、1日50円が利用者の負担となります。

4 施設の利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該地域密着型介護老人福祉施設サービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 介護報酬告示額

ア 基本料金

○ユニット型・個室

| 介護区分 | 1日あたりの利用料 | 1日あたりの自己負担額(1割) |
|------|---------------|-----------------|
| 要介護1 | 6,460円(646単位) | 646円 |
| 要介護2 | 7,140円(714単位) | 714円 |
| 要介護3 | 7,870円(787単位) | 787円 |
| 要介護4 | 8,570円(857単位) | 857円 |
| 要介護5 | 9,250円(925単位) | 925円 |

イ 加算料金等

| 区 分 | 1日あたりの加算額 | 1日あたりの自己負担額(1割) |
|----------------------|---------------|-------------------|
| 初期加算 | 300円(30単位) | 30円 |
| サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)ロ | 120円(12単位) | 12円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 総単位数×6.0% | 1日あたりの自己負担総額×6.0% |
| 福祉施設外泊時費用 | 2,460円(246単位) | 246円 |
| 口腔衛生管理体制加算 | 300円(30単位)／月 | 30円／月 |

※1日あたりの自己負担額は、1割から3割(介護保険負担割合証の利用者負担の割合による)をお支払いいただきます。

※介護職員処遇改善加算の総単位数とは、基本サービス費に各種加算を加えたものです。

※外泊時費用は、1月に6日を限度として1日につき2,460円(利用者負担分は1割の246円)となります。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、通常と同様の利用負担分をお支払いいただくこととなります。

(2) その他の費用

ア 「居住費」及び「食費」は、全額自己負担となりますが、「介護保険負担限度額認定証」の発行を受けている方は、記載されている居住費、食費の額とします。

| 区 分 | 居住費（1日あたり） | 食費（1日あたり） |
|----------|------------|-----------|
| ユニット型 個室 | 2,006円 | 1,392円 |

※経管栄養（経腸、経鼻、胃ろう）の濃厚（高栄養）流動食の費用については、濃厚流動食の食材料費実費相当分の金額をお支払いいただきます。

イ 特定入所者の居住費（滞在費）・食費限度額

○市町村から「介護保険負担限度額認定証」の交付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なります。

| 対 象 者 | 区 分 | 居住費(滞在費)上限額 | 食費の上限額 | | | | | | |
|---|-----------|-------------|--------|--|--------------------------|------------|------|------|------|
| | | ユニット個室 | | | | | | | |
| | 基準費用額 | 2,006円 | 1,392円 | | | | | | |
| 生活保護受給者 | | | | | | | | | |
| 世帯全員が市町村民税非課税世帯 | 第1段階 | 820円 | 300円 | | | | | | |
| <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">老齢福祉年金受給者</td> <td rowspan="3" style="border: none;"></td> <td rowspan="3" style="border: none;"></td> <td rowspan="3" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の者</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">上記第2段階以外の者</td> </tr> </table> | 老齢福祉年金受給者 | | | | 課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の者 | 上記第2段階以外の者 | 第2段階 | 820円 | 390円 |
| 老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | |
| 課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の者 | | | | | | | | | |
| 上記第2段階以外の者 | | | | | | | | | |
| | 第3段階 | 1,310円 | 650円 | | | | | | |
| 利用者負担第1, 2, 3段階の何れにも該当しない者 | 第4段階 | 2,006円 | 1,392円 | | | | | | |

※預貯金等が単身1,000万円超、夫婦2,000万円超の場合は対象外、世帯分離した場合でも配偶者が課税されている場合は対象外となります。また、年金収入額には、非課税年金収入額（遺族年金・障害年金）も含まれます。

ウ 高額介護サービス費の制限について

○介護サービスを受けた際に、負担された金額が下記の上限額を超えた場合、高額介護サービス費として後で払い戻しされます。（※居住費、食費、日常生活費など含まれません。）

※市町村へ申請手続きが必要です。（初回のみ）

| 区 分 | 自己負担上限額 | | | | |
|---|-------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 生活保護受給者 | 15,000円（個人） | | | | |
| 世帯の全員が市民税を課税されていない方 | 24,600円（世帯） | | | | |
| <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">・老齢福祉年金を受給している方</td> <td rowspan="2" style="border: none;"></td> <td rowspan="2" style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed black;">・前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方</td> </tr> </table> | ・老齢福祉年金を受給している方 | | | ・前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方 | 24,600円（世帯） 15,000円（個人） |
| ・老齢福祉年金を受給している方 | | | | | |
| ・前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方 | | | | | |
| 世帯のどなたかが市民税を課税されている方 | 44,400円（世帯） ※1 | | | | |
| 課税所得145万円以上の65歳以上の方 | 44,400円（世帯） | | | | |
| <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black;">65歳以上が1人の場合…その方の収入383万円以上</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black;">65歳以上が2人以上の場合…その方の収入520万円以上</td> </tr> </table> | | 65歳以上が1人の場合…その方の収入383万円以上 | 65歳以上が2人以上の場合…その方の収入520万円以上 | | |
| 65歳以上が1人の場合…その方の収入383万円以上 | | | | | |
| 65歳以上が2人以上の場合…その方の収入520万円以上 | | | | | |

※1 1割負担の被保険者のみの世帯は、令和2年7月までの間に限り、年間上限額が446,400円（37,200円×12か月）となります。

エ 運営基準（厚生労働省令）で定められた「その他の費用」

○利用された場合、全額自己負担となります。

| 区 分 | ご負担頂く金額 |
|-----------|-------------------|
| 特別な食事代 | 提供代金の実費 |
| 日常生活用品の購入 | 購入代金の実費（オムツ代は除く） |
| 特別な教養娯楽費等 | 購入代金の実費 |
| 理髪・美容の利用 | 利用代金の実費 |
| 予防接種 | 接種に要した実費 |
| 金銭管理サービス | 月500円 |
| 電化製品の持込使用 | 利用した製品1個につき、1日50円 |

※医療については、苑の嘱託医による健康管理や療養指導についての費用は介護保険給付サービスに含まれていますが、それ以外の医療については、他の医療機関からの往診や入院、通院等により対応します。この場合、医療費は医療保険適応となり別途自己負担があります。

※酸素吸入については、使用量に応じた全額をご負担いただきます。

※当苑で入所者が死亡された場合、エンゼルケア（死後の処置）で浴衣を使用されたときは、実費相当分の額をご負担いただきます。

5 施設サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 被保険者証の提示と緊急連絡先等の必要事項を記載した書類を提出してください。
- (2) 入居者又は家族は入居者に体調の変化があった場合は、必ず職員にご連絡ください。
- (3) 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される場合は、必ず職員にご連絡ください。
※施設内の居室設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等した場合、弁償いただくことがあります。
- (4) 施設内での入居者同士の金銭及び飲食等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (5) 施設の職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- (6) 入居者に飲食物等をお持ちになられた場合は、必ず職員にご連絡ください。
※体調管理等のため、生ものや過剰の飲食等お断りさせていただくことがあります。
- (7) 面会者の在苑時間は21:00までとします。
- (8) 外出・外泊の際には必ず行き先と帰苑時間等を職員に申し出てください。
- (9) 喫煙は決められた場所・時間以外はお断りします。飲酒は夕食時1合までの決まりになっています。ご家族からの差し入れという形で受け付けております。
- (10) 騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- (11) 施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (12) 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
- (13) 面会の際は、玄関に備えつけの面会簿に面会者の名前等を記入してください。

6 非常災害対策

当施設では、非常災害その他緊急の事態に備え必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にして万全の措置を講じています。また、別途定める「かわかみ苑消防計画」に基づき、年2回入居者及び職員等による避難訓練を実施しています。

○防災設備（ユニット型）

| 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 非常口 | 5箇所 | 粉末消火器 | 5箇所 | 漏電火災報知器 | 有 |
| 誘導灯 | 8箇所 | スプリンクラー | 有 | 非常通報装置 | 有 |
| 室内消火栓 | 2箇所 | 自動火災報知機 | 有 | 防火間仕切 | 有 |

※カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。

7 緊急時の対応

サービスの提供時に、入居者の病状が急変した場合やその他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、ご家族の緊急連絡先への連絡や関係医療機関、市町村等関係行政機関への連絡を行う等必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった措置について記録します。
- (2) 事故原因の分析・損害保険対応の検討・再発防止への取り組み等を行うとともに、サービスの改善に努めます。

9 守秘義務に関する対策

- (1) 当施設では、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従事者との雇用契約の内容としています。
- (2) 入居者等の個人情報に関しては、「社会福祉法人山水会個人情報取扱規程」に基づき、適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、個人情報保護に努めています。
- (3) 入所者等に係る個人番号の取扱いに関しては、「社会福祉法人山水会入所者等特定個人情報取扱要領」に基づき、適正かつ適切な取扱いを施行しています。

10 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため、業務マニュアルを作成し、職員教育を行っています。

11 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入居者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12 苦情申し立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情等がございましたら気軽にご相談ください。

| | | |
|---------------------|-------|---------------------------|
| かわかみ苑 | 窓口担当者 | 生活相談員 山下 香菜 |
| ご利用者相談窓口 | ご利用時間 | 平日 午前9時～午後5時 |
| ※苦情箱は正面玄関に設置しております。 | ご利用方法 | (電話) 0838-54-2000 |
| | 所在地 | 〒758-0141 萩市川上 4921 番地の 1 |

| | | |
|--------------------------------|-------|---|
| かわかみ苑 苦情解決委員会 第三者委員 | 委員氏名 | 上原 大秀 |
| | 連絡先 | 〒758-0141 萩市川上 5462-1 (自宅) 0838-54-2436 |
| | 委員氏名 | 吉富 健司 |
| | 連絡先 | 〒758-0141 萩市川上 8536 (自宅) 0838-54-2909 |
| | 委員氏名 | 厚東 高男 |
| | 連絡先 | 〒758-0141 萩市川上 4789 (自宅) 0838-54-2436 |
| | 委員氏名 | 柴田 由美子 |
| | 連絡先 | 〒758-0141 萩市川上 946-22 (自宅) 0838-54-2519 |
| 萩市高齢者支援課 | 連絡先 | 〒758-8555 萩市江向 510 (電話) 0838-25-3368 |
| | ご利用時間 | 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 |
| 萩市川上総合事務所 市民窓口部門 | 連絡先 | 〒758-0141 萩市川上 4462-1 (電話) 0838-54-2121 |
| | ご利用時間 | 平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 |
| 山口県社会福祉協議会 福祉サービス苦情解決委員会 | 連絡先 | 〒753-0072 山口市大手町 9-6 (山口県社会福祉会館内) (電話) 083-924-2837 |
| | ご利用時間 | 平日 午前 9 時～午後 5 時 |
| 山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 | 連絡先 | 〒753-0871 山口市朝田 1980-7 (電話) 083-995-1010 |
| | ご利用時間 | 平日 午前 9 時～午後 5 時 |

※当施設には、第三者委員を加えた苦情解決委員会を設置しており、窓口で受け付けた苦情については、同委員会において公平に審議される仕組みになっております。

1 3 協力医療機関

| 医療機関の名称 | 所在地 | 医療機関の名称 | 所在地 |
|---------|------------------|---------|--------------------|
| 川上診療所 | 萩市川上灰福 | 萩市民病院 | 萩市大字椿字門田 346 番地の 1 |
| 都志見病院 | 萩市大字江向 413 番地の 1 | 全真会病院 | 萩市大字山田字西沖田 4807-3 |
| 萩慈生病院 | 萩市大字山田 4147-1 | 土原歯科医院 | 萩市土原川島沖田 488-3 |

※緊急の場合には、緊急連絡先としてご記入いただいた連絡先に順に連絡します。

※歯科については、土原歯科の往診となります。

1 4 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者に生じた損害については、施設は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの開始に当たり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、交付しました。

<施設>

所在地 山口県萩市川上4921番地の1
施設名 特別養護老人ホームかわかみ苑

苑長名 田中隆志 印

説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、施設からユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスについて重要事項説明を受け、同意しました。

令和_____年_____月_____日

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

<署名代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

私は、入居者の意思を確認したうえ、上記署名と押印を代行しました。

<身元引受人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____