

特別養護老人ホームかわかみ苑 重要事項説明書

1 事業者

法人名	社会福祉法人 山水会	代表者名	理事長 横山 秀二
所在地	山口県萩市川上 4921 番地の 1	電話番号	0838-54-2000
設立年月日	平成 7 年 7 月 6 日	FAX 番号	0838-54-2781

2 施設の概要

(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 3578100244 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
定員	入所：30名（併設 短期入所：16名）		

(2) 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉サービスを提供することにより、要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

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。

(3) 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：兼務）
嘱託医	入所者の健康管理及び保健衛生指導	1人（非常勤）
生活相談員	入所者の生活相談、苦情への対応、処遇の企画や実施等	1人（常勤：兼務）
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	入所者の日常生活全般にわたる介護業務	13人（常勤）、1人（常勤：兼務）
看護職員	入所者の保健衛生管理及び看護業務	3人（常勤：兼務）
機能訓練指導員	入所者の身体機能の改善、減退を防止するための訓練	3人（常勤：兼務）
栄養士	食事の献立作成、入所者の栄養指導等	1人（常勤）

（令和 5 年 7 月 1 日現在）

(4) 職員の勤務体制

職種	勤務体制		備考
苑長	日勤 8:30 ~ 17:30		
生活相談員	日勤 8:30 ~ 17:30		
介護職員	早勤①	7:00 ~ 16:00	早勤② 7:30 ~ 16:30
	日勤①	8:00 ~ 17:00	日勤③ 8:30 ~ 17:30
	遅勤	10:00 ~ 19:00	
	夜勤	16:00 ~ 10:00	

看護職員	日 勤 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	1 人以上
栄養士	日 勤 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0	1 人

(5) 設備の概要

① 居室

◇個室 入所者専用 10室 短期入所者専用 6室

◇2人室 入所者専用 1室 短期入所者専用 1室

◇4人室 入所者専用 5室 短期入所者専用 2室

※入所者の居室には、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・トイレは各室に備えています。

② 食堂

◇1室

※入所者が使用できる食堂を設け、入所者が利用できるテーブル・椅子・箸や食器類等の備品類を備えています。

③ 浴室

◇1室（大浴槽：1、特殊浴槽：2）

※浴室には萩阿武川温泉の温泉水を引き入れており、入所者が使用しやすいよう一般浴槽の他に特殊浴槽を設けています。

④ 機能訓練室

◇1室

※入所者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えています。

⑤ 医務室

◇1室

※入所者の診療・治療のために医療法に規程する診療所を設け、入所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。

⑥ 静養室

◇1室

※看護職員室に隣接して設けられています。

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 : 3 0 ~、昼食 1 2 : 0 0 ~、夕食 1 8 : 0 0 ~

※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（金曜）16 : 0 0 ~ 1 7 : 3 0 となっていますが、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、歯科往診については、必要時往診を受けることができます。

④ 入浴

週2回以上の入浴が可能です。特浴又は清拭となる場合があります。

⑤ 機能訓練

機能訓練室で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

月1回、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、園芸等を定期的を実施しております。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 貴重品等管理サービス

銀行通帳、印鑑、各種保険証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

個人専用のテレビ等の利用が可能です。

※使用された場合は、所定の費用をご負担いただきます。

対象となるもの	ご負担頂くもの
テレビ、ラジオ(電池式を除く)、電気毛布、電気こたつ、その他コンセントを使用するもの	1個につき70円/日
充電器(シェイバー)	1個につき200円/月

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

○従来型 個室・多床室

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	2割	3割
要介護1	6,750円(675単位)	675円	1,350円	2,025円
要介護2	7,410円(741単位)	741円	1,482円	2,223円
要介護3	8,120円(812単位)	812円	1,624円	2,436円
要介護4	8,780円(878単位)	878円	1,756円	2,634円
要介護5	9,420円(942単位)	942円	1,884円	2,826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	2割	3割

①日常生活継続支援 加算（Ⅰ）	360円（36単位）	36円	72円	108円
②初期加算	300円（30単位）	30円	60円	90円
③福祉施設外泊時 費用	2,460円（246単位）	246円	492円	738円
④介護職員処遇改善 加算（Ⅰ）	（基本料金＋加算①）× 8.3%	要介護3	70円	211円
		要介護4	76円	228円
		要介護5	81円	244円
⑤介護職員等ベース アップ等支援加算	（基本料金＋加算①）×1.6%	要介護3	14円	41円
		要介護4	15円	44円
		要介護5	17円	47円

※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。

※加算②は入所日から30日間又は、1ヶ月を超える入院後の再入所の際も30日間お支払いいただきます。

※加算③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）
従来型 個室	1,171円	1,445円
従来型 多床室	855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
		個 室	多床室	
生活保護受給者	基準費用額 （上限）	1,171	855	1,445
世帯全員が市町村民税非課税世帯	第1段階	320	0	300
老齢福祉年金受給者	第2段階	420	370	390
課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の者（※1）				
年金収入等80万円超120万円以下（※2）	第3段階 ①	820	370	650
年金収入等120万円超（※3）	第3段階 ②	820	370	1,360
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	1,171	855	1,445

<負担限度額認定要件：補足>

※1 預貯金額（定期も含む）が単身で650万円以下、夫婦で1,650万円以下

※2 預貯金額（定期も含む）が単身で550万円以下、夫婦で1,550万円以下

※3 預貯金額（定期も含む）が単身で500万円以下、夫婦で1,500万円以下

なお、配偶者が市民税非課税であることも要件となります。世帯分離していても、配偶者が課税の場合は対象外となります。また、年金収入額には、平成28年8月より、非課税年金収入額（遺族年金・障害年金）も含まれます。第2号被保険者（40～64歳）の方については、預貯金額は従来通りの単身で1,000万円以下、夫婦は2,000万円以下となります。

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）
以下のいずれか1つを満たす方 ・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		15,000円（個人）
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）
課税世帯	年収が約770万円未満の65歳以上の方がいる世帯	44,400円（世帯）
	年収が約770万円から約1,160万円未満の65歳以上の方がいる世帯の方	93,000円（世帯）
	年収が約1,160万円以上の65歳以上の方がいる世帯	140,100円（世帯）

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
貴重品等管理サービス	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70円 充電器の使用は月200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、実費相当の額をご負担い

たきます。

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) 入所者又は家族は入所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) 入所者は、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) 施設内での入所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) 入所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20：00までとします。ただし、感染症等の発生状況などによってはこの限りではありません。
- (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。
- (10) 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
- (11) 施設内で他の入所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。

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回入所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（従来型）

設備名称	個数等	設備名称	個数等	設備名称	個数等
非常口	9箇所	スプリンクラー	有	非常通報装置	有
誘導灯	13箇所	自動火災報知機	有	非常用電源	有
室内消火栓	5箇所	ガス漏れ報知器	有	たれ壁	2箇所
粉末消火器	15箇所	漏電火災報知器	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、入所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 第三者評価の実施

当施設では、第三者評価を実施していません。

10 守秘義務に関する対策

- (1) 当施設では、業務上知り得た入所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) 入所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。

11 入所者の尊厳

入所者の人権・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。

12 身体拘束の禁止

原則として、入所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、事前に入所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、その際の入所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。

13 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 ご利用者相談窓口 ※苦情箱は正面玄関に設置しております。	窓口担当者 生活相談員 山下 香菜 ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 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 横山 和也 連絡先 〒758-0141 萩市川上 4621 (自宅) 0838-54-2308
	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。

1.4 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 4502-2	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。

※歯科往診については、土原歯科の往診となります。

1.5 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所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、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入所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。

介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入所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、施設から介護老人福祉施設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

<入所者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

<署名代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

続 柄 _____

私は、入所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 _____