

地域密着型介護老人福祉施設
入所者生活介護
重要事項説明書

社会福祉法人 友和会

地域密着型特別養護老人ホームサン・シティⅡ

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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、酒田市、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. 法人の概要

法人名称 : 社会福祉法人 友和会
法人所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目26番地の1
電話番号 : 0234-26-7788
法人設立 : 平成3年 5月

3. 施設の内容

- (1) 施設名 : 地域密着型特別養護老人ホームサン・シティⅡ
指定番号 : 0690800206
所在地 : 山形県酒田市曙町二丁目28番地の5
管理者の氏名 : 島野 貴行
電話番号 : 0234-26-7770
FAX番号 : 0234-26-6160

(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
管理者	業務の一元的な管理等	1名(常勤)
医師	健康管理及び療養上の指導等	1名(非常勤 1名)
生活相談員	生活相談及び指導等	1名(常勤)
介護支援専門員	施設サービス計画書の作成等	1名(常勤)
介護職員	介護業務等	8名(常勤)
看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理等	1名(常勤1名)
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導等	1名(常勤)
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名(常勤)

※各職種の兼務あり

(3) 職種の勤務体制

○医師

・嘱託医 月2回（火曜日） 15：00～16：00

○管理者・管理栄養士・生活相談員・介護支援専門員

・日勤 8：30～17：30

○介護職員・看護職員・機能訓練指導員

・B 勤 ① 7：00～16：00 ・H 勤 ① 13：00～22：00

・C2勤 ①②③ 8：30～17：30 ・夜 勤 ① 22：00～ 7：00

・F 勤 ① 11：00～20：00

(4) 設備の概要

定員 20名

○居室 20室

個室 20室

入所者の居室は、ベッド・ロッカー等を備品として備えます。

○食堂及び機能訓練室 1室

入所者が使用できる十分な広さを備えた食堂及び機能訓練室を設け、必要な備品類を備えます。

○浴室 1室

浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○洗面所及び便所

必要に応じて各所に洗面所や便所を設けます。

4. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ① 食事 栄養バランスの整った献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮し、食事の提供に努めます。
- ② 入浴 最低、週2回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。
- ③ 排泄 排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ④ 機能訓練 機能訓練指導員により、入所者の心身の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 栄養 施設は入居者の栄養、健康状態を把握し、低栄養の予防・改善を図ることを目的に管理栄養士を中心に、計画的に栄養管理を行います。
- ⑥ 口腔衛生 口腔衛生の管理体制を整備し、各入居者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

- ⑦ その他自立への支援
- ・自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂っていただきます。
 - ・重度化防止のため、でき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。
 - ・適切な整容が行われるよう援助します。
- ⑧ 健康管理 嘱託医による検診や健康相談を受けることが出来ます。また年に1回定期健康診断を実施します。
- ⑨ 整容 出張整容サービスを手配します（料金は自己負担）。
- ⑩ レクリエーション 各種行事、体操やゲームを実施します。
- ⑪ 生活用品購入代行 日常生活品の購入代行の依頼が出来ます。ご利用の際は、担当ケアワーカーまで申し出ください。
- ⑫ 金銭管理 日常の金銭管理を行います。（有料）
- 金銭管理の内容 : 小額の現金等をお預かりし、日常の生活費（医療費、お薬代、理美容代、お買い物など）のお支払いを代行します。
 - お預かりできるもの : 現金のみ
 - 保管管理方法等 : 別に定める「入所者預り金取扱い規定」により、責任を持って管理、出納を行い、入出金明細を毎月ご報告します。

5. 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入所者生活介護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。

■ 介護報酬告示額

(1) 基本料金 地域密着型ユニット単価

介護区分	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額
<input type="checkbox"/> 要介護1	6,820円 (682単位)	682円 (1割)
<input type="checkbox"/> 要介護2	7,530円 (753単位)	753円 (1割)
<input type="checkbox"/> 要介護3	8,280円 (828単位)	828円 (1割)
<input type="checkbox"/> 要介護4	9,010円 (901単位)	901円 (1割)
<input type="checkbox"/> 要介護5	9,710円 (971単位)	971円 (1割)

(2) 加算料金等

ア 日常生活継続支援加算	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	46円 (1割)
イ 看護体制加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	12円 (1割)
ウ 栄養マネジメント強化加算	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	11円 (1割)
エ 科学的介護推進体制加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1月あたりの自己負担額	50円 (1割)
オ 療養食加算	<input type="checkbox"/> 1食あたりの自己負担額	6円 (1割)
カ 看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 死亡日前31日以上45日以下	72円 (1割)
	<input type="checkbox"/> 死亡日前4日以上30日以下	144円 (1割)
	<input type="checkbox"/> 死亡日の前日及び前々日	680円 (1割)
	<input type="checkbox"/> 死亡日	1,280円 (1割)
キ 若年性認知症入所者受入加算	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	120円 (1割)
ク 初期加算	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	30円 (1割)
ケ 安全対策体制加算 (入所のみ)	<input type="checkbox"/> 1月あたりの自己負担額	20円 (1割)
コ 外泊時費用 (1月に6日を限度)	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	246円 (1割)
サ 介護職員等処遇改善加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1月につき所定単位×140/1000	
シ 感染対策向上加算 (I)	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	10円 (1割)
ス 感染対策向上加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	5円 (1割)
セ 協力医療機関連携加算	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	50円 (I割)
ソ 生産性向上推進加算 (II)	<input type="checkbox"/> 1日あたりの自己負担額	10円 (1割)

※ 1割当たりの自己負担は、介護保険負担割合が1割の場合で例示しております。

2割負担は上記の額に2を乗じた金額、3割負担の方は上記の額に3を乗じた金額となります。

※ 提供するサービス内容により上記以外の加算料金等が発生する場合は、別途説明いたします。

■その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」 1日あたりの金額

○居住費 ユニット型個室 2,066円

※ 居住費とは、ユニット型個室の場合は室料＋水道光熱費相当額です。

※ 居住費とは外泊、入院時もお負担いただきます。

○食費 1,650円（朝400円、昼660円、夕590円）

※ 食費とは、食材料費及び調理に係る費用相当額です。

※ 濃厚流動食等による食事の場合は1日1,650円となります。

※ 介護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。

(2) その他の費用

○理容費 1回あたり 2,500円から

○金銭管理サービス費 月額 500円

○日常生活費等で利用者が負担することが適当と認められるものの実費

※ 自己負担額（利用料）の詳細、月額概算等については、サービス利用負担額確認書にて説明します。

■支払方法

前月分の自己負担額（利用料金）をその翌月の末日までお支払下さい。但し、口座振替を利用する場合の引き落とし日は、請求月の翌月5日（休業日にあたるときは翌営業日）となります。

○支払方法

- ・口座振替 預金口座振替依頼書を作成していただきます。
- ・現金支払 施設が発行する払込用紙によりコンビニ等でお支払いいただきます。
- ・振込支払 振込先：荘内銀行 新橋支店 口座番号 96231
口座名：社会福祉法人 友和会 理事長 森田廣

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 体調の変化や申し出状況に変更があった際には施設の職員にご一報ください。
- ② 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりはご遠慮ください。
- ③ 職員に対する贈り物や飲食のもてなしはお受けできません。
- ④ 来訪者は面会時間（8：30～20：00）を遵守し、その都度面会者カードに記入願います。
尚、感染症等で面会を制限させていただくことがございます。
- ⑤ 外出する時は、必ず行き先と帰りの時間を職員へ届け出てください。
尚、感染症等で外出を制限させていただくことがございます。
- ⑥ 飲酒・喫煙は、施設長が時間と場所を定めた範囲内において認めます。
(ただし、施設内は禁煙となっております。)
- ⑦ 発火のおそれのあるものは施設内に持ち込まないでください。
- ⑧ 医療機関を受診する場合は酒田市内に限り送迎いたします。

- ⑨ 施設内での宗教活動・政治活動はご遠慮願います。
- ⑩ ペット等の動物の持ち込みは禁止しています。

7. 非常災害対策

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、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上ご入居者及び職員等の訓練等を行います。

8. 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように以下の措置を講じます。

- ① 感染症対策委員会の開催
- ② 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
- ③ 感染症の予防及びまん延防止のための訓練及び研修の実施
- ④ 前3号を適切に実施するための担当者の配置

9. 業務継続に向けた取組み

感染症や自然災害等が発生した場合にあっても、入所者が継続してサービスを受けられるよう、業務継続計画を策定し、定期的な見直しや当該計画に沿った研修及び訓練を実施します。

10. 事故発生時の対応及び事故防止対策

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、県、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

また、事故が発生又は再発することを防止するため、以下の措置を講じます。

- ① 事故防止のための指針の整備
- ② 事故が発生したとき又はそれに至る危険性がある事態が発生した時に、当該事故が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備
- ③ 事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するために安全対策担当者を配置

11. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、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、従業者との雇用契約の内容としています。

12. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護について職員教育等を行い取り組みます。

13. 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し、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、以下の身体拘束等の適正化のための対策を講じます。

- ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の開催
- ② 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- ③ 定期的な研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

14. 虐待の防止

施設は虐待の未然防止、早期発見、その再発を防止するために迅速かつ適切に対応できるよう以下の措置を講じ、入所者の人権を擁護していきます。

- ① 虐待防止委員会の開催
- ② 高齢者虐待防止のための指針の整備
- ③ 虐待防止研修の実施
- ④ 前3項を適切に実施するための担当者の配置

15. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご相談窓口担当者：施設長 島野 貴行 生活相談員 後藤 恵美

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法：電話（0234-26-7770）または、施設にて対応します。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

酒田市健康福祉部高齢者支援課介護給付係

所在地：酒田市本町二丁目2番45号 酒田市役所1 電話番号：0234-26-5763

山形県国民健康保険団体連合会介護保険課介護サービス推進室

所在地：寒河江市大字寒河江字久保6番 電話番号：0237-87-8006

16. 第三者評価の有無 有 無

17. 緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、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。

- 嘱託医 池田外科胃腸科医院 院長 池田利史
酒田市上安町1-80-28 電話 0234-27-3563

- 緊急時のご家族等連絡先

住所 _____ (電話) _____

氏名 _____ (続柄) _____

18. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- 協力医療機関 日本海総合病院
所在地：酒田市あきほ町30 電話：0234-26-2001

- 協力医療機関本間病院
所在地：酒田市中町3-5-23 電話：0234-22-2556

- 協力歯科医 小松歯科診療所 歯科医師 渡部 公希
所在地：酒田市栄町2-5 電話：0234-26-2340

19. 損害賠償について

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

令和 年 月 日

指定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あたり、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 山形県酒田市曙町2丁目28番地の5
施設名 地域密着型特別養護老人ホームサン・シティⅡ
(指定番号 0690800206)
管理者名 島野 貴行 印

説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から指定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。

<入所者>

住所

氏名 印

<入所者代理人(身元引受人)>

住所

氏名 印 (続柄)