

重要事項説明書

(特別養護老人ホーム菊地の園 ユニット型)

1. 事業の目的と運営方針

介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、入居者の居宅における生活への復帰を念頭に置いて、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環境を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名 : 特別養護老人ホーム 菊地の園
サービス名 : 指定介護老人福祉施設
指定番号 : 1070204571
所在地 : 群馬県高崎市菊地町434番地
管理者の氏名 : 佐藤 孝夫
電話番号 : 027-386-6700
FAX番号 : 027-344-2251
指定を受けた市町村 : 高崎市

(2) 従業者の勤務体制

早 番 : 7時00分から16時00分
日 勤 : 8時30分から17時30分
遅 番 : 10時00分から19時00分
準 夜 : 15時00分から24時00分
深 夜 : 00時00分から 9時00分

(3) 施設の従業者体制

職務の内容		常 勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名		1名
医師	健康管理及び療養上の指導		1名	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名		1名以上
(介護支援専門員兼務)				
介護支援専門員	施設サービス介護計画の作成	1名		1名以上
看護師(准)	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	2名	3名	3名以上
(機能訓練指導員兼務)				
介護職員	介護業務	15名	3名	17名以上
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導	1名		1名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名		1名
(看護職員兼務)				
調理員	献立表にしたがって調理等を行う			委託

(4) 設備の概要

敷地及び建物

敷地 高崎市菊地町434番 1, 886㎡
高崎市菊地町435番 1, 752㎡

建物 鉄骨造り合金メッキ鋼板ぶき 3階建て

延べ床面積 2, 384. 78㎡

定員 58名 6ユニットで定員10名が4ユニットで、定員9名が2ユニット

○ 居室 58室

入居者の居室は、ベッド、枕元灯、ナースコールを備品として備えます。

○ 共同生活室

必要な備品類を備えること。

○ 浴室、脱衣所 ユニットごとに浴室・脱衣所を備え、1階には機械浴室・脱衣所を備えております。浴室は一般浴槽と機械浴槽があり入居者の身体状況に合わせて選択して入浴する事ができます。

○ 洗面所及び便所

洗面所 各居室に設置、その他各共同生活室1カ所

便所 各ユニット3カ所

○ 医務室 1室

医療法に規定する診療所とし、入居者の診療に必要な医薬品及び医療機器を備えます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 食事

・栄養士が作成した献立に基づき、身体状況、疾病状況、嗜好等を考慮し、食事の提供に努めます。

② 入浴

・入浴は原則週2回とし、入浴出来ないときは、清拭を行います。
・重度であっても、身体状況に応じた設備を使用して入浴することができます。

③ 排泄

・排泄の自立を促すため、入居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、入居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、身体機能の減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ その他自立への支援

・利用者の自立支援のため離床し、共同生活室での食事の提供を原則とします。
・重症化防止のため、できるかぎ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、また、適切な整容が行われるよう援助します。
・シーツの交換は、週1回、寝具の消毒は、適時実施します。

(2) その他のサービス

① 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限でお願い致します。

② レクリエーション

年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

(1) 食費・居住費

入居者 負担段階	居住費(月額) 2,066 円(6,3 万円)	食費(月額) 1,500 円(4,5 万円)	合計
	負担限度額(日(月)額)	負担限度額(日(月)額)	負担限度額(日(月)額)
第 1 段階	880 円(2,7 万円)	300 円(0,9 万円)	1,180 円(3,6 万円)
第 2 段階	880 円(2,7 万円)	390 円(1,2 万円)	1,270 円(3,9 万円)
第 3 段階①	1,370 円(4,2 万円)	650 円(2,0 万円)	2,020 円(6,1 万円)
第 3 段階②	1,370 円(4,2 万円)	1,360 円(4,1 万円)	2,730 円(8,2 万円)
第 4 段階	2,066 円(6,2 万円)	1,500 円(4,5 万円)	3,566 円(10,7 万円)

※食費・居住費については、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた方は、当該認定書に記載されている負担限度額となります。

※居住費については、入院又は外泊中でも料金をいただきます。ただし、入院又は外泊中のベッドを入所者の同意を得た上で、短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護に利用する場合は、居住費はいただきません。

(2) 基本料金

当該介護老人福祉施設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単位として設定します。

※基本単位と各種加算など、1 か月に発生した単位の合計に 10.27 円/単位を乗じた金額が介護報酬額となり、利用者負担額は告示割合となります。

※金額については、実際の精算時には端数処理により若干違いが生じます。

単位：1 日あたり

要介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護度 1	670 単位	6,881 円	689 円	1,377 円	2,065 円
要介護度 2	740 単位	7,560 円	756 円	1,512 円	2,268 円
要介護度 3	815 単位	8,371 円	838 円	1,675 円	2,512 円
要介護度 4	886 単位	9,100 円	910 円	1,820 円	2,730 円
要介護度 5	955 単位	9,808 円	981 円	1,962 円	2,943 円

(3) 加算料金

単位：1 日あたり

加算項目	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36	370 円	37 円	74 円	111 円	1 日につき
看護体制加算(Ⅰ)□	4	41 円	5 円	9 円	13 円	1 日につき
看護体制加算(Ⅱ)□	8	83 円	9 円	17 円	25 円	1 日につき
夜勤職員配置加算(Ⅱ)□	18	185 円	19 円	37 円	56 円	1 日につき
夜勤職員配置加算(Ⅳ)□	21	216 円	22 円	44 円	65 円	1 日につき
初期加算	30	309 円	31 円	62 円	93 円	1 日につき、30 日/入居

外泊時加算	246	2,527 円	254 円	508 円	762 円	1 日につき・6 日/月
退所前訪問相談援助加算	460	4,725 円	473 円	945 円	1,418 円	1 回につき
退所後訪問相談援助加算	460	4,725 円	473 円	945 円	1,418 円	1 回につき
退所時相談援助加算	400	4,108 円	411 円	822 円	1,233 円	1 回につき
退所時情報提供加算	250	2,568 円	257 円	514 円	771 円	1 回につき
栄養マネジメント強化加算	11	1,130 円	113 円	226 円	339 円	1 日につき
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	925 円	93 円	185 円	278 円	1 月につき
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	1,130 円	113 円	226 円	339 円	1 月につき
看取り介護加算(Ⅰ)	72	740 円	74 円	148 円	222 円	死亡日以前 31 日以上 45 日以下
	144	1,479 円	148 円	296 円	444 円	死亡日以前 4 日以上 30 日以下
	680	6,984 円	699 円	1,397 円	2,096 円	死亡日の前日及び前々日
	1,280	13,146 円	1,315 円	2,630 円	3,944 円	死亡日
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3	31 円	4 円	7 円	10 円	1 月につき
排泄支援加算(Ⅰ)	10	103 円	11 円	21 円	31 円	1 月につき
安全対策体制加算	20	206 円	21 円	42 円	62 円	入居日初日のみ
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	226 円	23 円	46 円	68 円	1 日につき
介護職員等处遇改善加算(Ⅱ)	136/1000		1 割	2 割	3 割	基本サービス費に各加算・減算の単位

※介護保険からの給付額に変更があった時、変更された額に合わせ、ご利用者の負担額を変更します。

※加算の算定は、職員の配置状況により変わります。

※入所後の要介護度が変わる場合は給付額が変わるため、自己負担額が変わります。

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

- ① 特別な食事代 要した費用の実費
ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。
- ② 理容・美容代 実費
理・美容師の出張による理髪サービス（調髪・顔そり）を行います。
- ③ 電気代 500 円/ 1 物件
個別に利用される電化製品について料金をいただきます。（電気代の変動に対し料金を変更する場合があります。）
- ④ 預かり金管理費 2,000 円/ 月
日用品・医療費等の支払いを行うために預かり金管理規定に基づき金銭の管理をさせていただきます。
- ⑤ 複写物の交付代 10 円/ 1 枚（黒白） 50 円/ 1 枚（カラー）
サービス提供の記録はいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合は実費となります。
- ⑥ 各ユニットでの教養娯楽費 実費
利用者の同意により、各ユニット独自の教養娯楽活動を楽しんで頂くための費用としてユニット毎の教養娯楽費をお支払いいただきます。
- ⑦ 健康管理費 実費
インフルエンザ等の予防接種に係る費用等

⑧ 身の回り品で日常生活必要なもの 化粧品等入居者の希望によって提供した場合	実費
⑨ 教養娯楽費で提供する場合の費用 クラブ活動の材料費等	実費
⑩ クリーニング代 私物のクリーニング費用	実費
⑪ テレビ・レンタル料	4,500円/月

5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報下さい。
- (2) 居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- (3) 施設内で金銭及び食物のやりとりは、ご遠慮下さい。
- (4) 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

- (1) 施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。
- (2) 防火管理者の資格ある者を配置します。

7. 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、速やかに家族及び主治医や協力医療機関、各関係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

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等へ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、損害賠償を行います。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を守ります。
退職後にもこれらの秘密を守るべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

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、従業者教育を行います。

11. 虐待防止

利用者の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しております。
虐待防止に関する担当者 : 虐待防止委員会委員長
- (2) 虐待を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に事業所職員等又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）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知します。

1 2. 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し、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。

1 3. 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。

ご利用相談室 窓口担当者 ： 生活相談員
ご利用時間 ： 月～金曜日 9：00～17：00
ご利用方法 ： 電話 027-386-6700

※ 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。

高崎市介護保険担当課

群馬県高崎市高松町35番1

電話番号 ： 027-321-1111

受付時間 ： 8時30分～17時15分（土・日、祝日を除く）

群馬県国民健康保険団体連合会介護保険課

群馬県前橋市元総社町335番地の8（市町村会館内）

電話番号 ： 027-290-1323

受付時間 ： 9時00分～17時00分（土・日、祝日を除く）

※ 苦情処理第三者委員 公平な立場で、苦情受付の相談に乗っていただける委員です。

氏 名 ： 電話番号 ： 027-386-6700

氏 名 ： 電話番号 ： 027-386-6700

公平中立な立場で、苦情受付の相談に乗っていただける委員です。

1 4. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居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

名 称 ： 真木病院

住 所 ： 高崎市筑縄町71-1

・協力歯科医院

名 称 ： 星野歯科クリニック

住 所 ： 高崎市緑町4-12-8

・協力歯科医院

名 称 ： はが歯科医院

住 所 ： 前橋市高花台1-9-2

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」に記入いただいた連絡先に連絡します。

1 5. 損害賠償について

当施設は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、自己の責に帰すべき事由により契約者に生

じた損害について賠償する責任を負います。

- 2 当施設は、損害賠償責任保険に加入しています。前項規程の賠償に相当する可能性がある場合は、契約者又はご家族の方に当該保険の調査等の手続きにご協力いただく場合があります。

指定介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入居者に対し契約書及び本書面に基ついて重要事項を説明し交付しました。

年 月 日

<施設>

所在地 群馬県高崎市菊地町434番地
施設名 特別養護老人ホーム 菊地の園
(指定番号 1070204571)

管理者名 _____

説 明 者 _____

私は、契約書及び本書面により、施設から指定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。

<入居者>

住 所 _____

氏 名 _____

<入居者代理人（選任した場合）>

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)