

重要事項説明書（介護老人福祉施設）

1 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム 和みの園
管理者	木内 菜穂子
介護保険事業所番号	1471000644号
所在地	横浜市戸塚区東俣野町1705番地
電話番号	045(851)0753

2 事業所の職員体制等（併設する短期入所生活介護施設、介護予防短期入所生活介護施設と兼務） （平成30年7月1日現在）

職 種	従事するサービス類、業務	人 員
管理者	職員管理、業務管理	1名
嘱託医師	健康管理、診療	1名（非常勤1名）
生活相談員	利用者の相談援助	1名（常勤兼務1名）
介護職員	日常生活に必要な介護	30名（常勤26名・非常勤4名）
看護師・准看護師	健康管理、服薬管理	5名（常勤4名・非常勤1名）
機能訓練指導員	機能訓練指導業務	1名（常勤兼務1名）
管理栄養士	食事、栄養管理	1名（常勤兼務1名）
介護支援専門員	介護支援業務	2名（常勤兼務2名）

3 設備の概要（併設する短期入所生活介護施設、介護予防短期入所生活介護施設と兼用）

区 分	数量 ・ 規模		備 考
利用定員	74名（短期入所6名）		
居 室	2人部屋	33室（1室23.1m ² ）	1人当り面積11.5m ²
	個 室	14室（1室13.9m ² ）	
食 堂	2室		
機能訓練室	1室		
浴室	2室		一般浴室と特殊浴室があります
便所	30箇所		
洗面所	各室1箇所		
医務室	1室		
静養室	1室		
面接室	1室		
和室	1室		
理美容室	1室		

4 サービス内容

- ①食事 朝食 7:30～8:30、昼食 12:00～13:00
おやつ 15:00～15:30、夕食 18:00～19:00
（行事等により、変更となる場合があります。）
- ②入浴 最低週2回入浴可能です。当日の体調等により清拭となる場合があります。
- ③介護 食事介助、排泄介助、入浴介助、更衣介助、整容介助、施設内移動の付添、レクリエーション等。
- ④健康管理 看護職員や嘱託医師により、健康管理に努めます。

5 利用者負担金

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。この金額は、次の3種類に分かれます。なお(2)または(3)の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があればお尋ねください。

(1) 介護報酬に係わる利用者負担金

区分	単位数	負担金 (1割)	負担金 (2割)	負担金 (3割)	内容の説明
①基本額 (1日あたり)	要介護1 557単位	598円	1195円	1792円	介護保険の介護老人福祉施設を利用した際の、基本料金です。
	要介護2 625単位	670円	1340円	2010円	
	要介護3 695単位	745円	1490円	2235円	
	要介護4 763単位	818円	1636円	2454円	
	要介護5 829単位	889円	1778円	2666円	
②加算額	日常生活継続支援 加算Ⅰ (1日) 36単位	39円	77円	116円	前6月又は前12月の新規入所者の総数のうち、要介護4又は5の占める割合が70%以上(または、前6月又は前12月の新規入所者の総数のうち、介護を必要とする認知症の症状がある新規入所者の割合が65%以上)、かつ介護福祉士の数が常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上である場合の加算です。
	看護体制加算Ⅰ (1日) 4単位	5円	9円	13円	常勤の看護師を配置した際の加算です。
	看護体制加算Ⅱ (1日) 8単位	9円	17円	26円	看護職員の数を4名以上配置した際の加算です。
	夜勤職員配置加算Ⅰ (1日) 13単位	14円	28円	42円	夜勤時間帯の介護・看護職員を、最低基準より1名多く配置した場合の加算です。
	生活機能向上連携 加算 (1月) 200単位	215円	429円	644円	医療提供施設等の理学療法士等が当施設を訪問し、当施設の機能訓練指導員等と共同して入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施した際の加算です。
	若年性認知症受入加算 (1日) 120単位	129円	258円	386円	若年性認知症の疾患があり、個別の担当者を中心にサービスを提供した際の加算です。
	外泊時費用 (1日) 246単位	264円	528円	792円	入院や外泊により上記基本額がかからない際の費用です(1月に6日まで)。
	外泊時費用 (1日) 560単位	601円	1201円	1801円	居宅にて外泊した際に、当施設により提供される在宅サービスを利用した場合の費用です(1月に6日まで)。
	初期加算 (1日) 30単位	33円	65円	97円	新たに入所した日または31日以上入院後に再入所した際の加算です(30日まで)。
	再入所時栄養連携加算 (1回) 400単位	429円	858円	1287円	退院時に、入院以前と栄養管理が大きく異なる状態となり、医療機関の管理栄養士と当施設の管理栄養士が連携し、栄養ケア計画を策定した際の加算です。
	退所前訪問相談援助加算 (1回) 460単位	494円	987円	1480円	退所後に生活する居宅・施設を訪問し、相談援助等を行なった際の加算です。
	退所後訪問相談援助加算 (1回) 460単位	494円	987円	1480円	退所後、30日以内に居宅や施設を訪問し、相談援助等を行なった際の加算です。
	退所時相談援助加算 (1回) 400単位	429円	858円	1287円	退所時に相談援助等を行ない、退所後2週間以内に市等に文書により必要な情報提供を行なった際の加算です。
退所前連携加算 (1回) 500単位	536円	1072円	1608円	退所後に利用する予定の居宅介護支援事業者に文書により情報の提供を行ない、かつその居宅介護支援事業者と連携し、居宅介護サービスの利用調整を行なった際の加算です。	

栄養マネジメント加算 (1日) 14単位	15円	30円	45円	常勤の管理栄養士により、継続的に入所者ごとの栄養管理をした際の加算です。
低栄養リスク改善加算 (1月) 300単位	322円	644円	965円	低栄養状態にあるまたはその恐れがある入所者に、医師、管理栄養士等が共同し、栄養管理のための会議の開催や改善計画の作成等を行ない、計画を実施した際の加算です。
経口移行加算 (1日) 28単位	30円	60円	90円	経管栄養を実施している入所者に、経口移行計画を作成し、実施している際の加算です(180日間までとし、それ以降は医師の指示により延長も可能)。
経口維持加算Ⅰ (1月) 400単位	429円	858円	1287円	摂食機能障害を有する入所者の食事の観察や会議等を行ない、個別に作成された経口維持計画に則り、医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行なった場合の加算です(6月間までとし、それ以降は医師の指示により延長も可能)。
経口維持加算Ⅱ (1月) 100単位	108円	215円	322円	経口維持加算Ⅰを算定した上で、食事の観察及び会議に医師又は歯科医師等が参加した場合の加算です(6月間までとし、それ以降は医師の指示により延長も可能)。
口腔衛生管理体制加算 (1月) 30単位	33円	65円	97円	歯科医師等が、口腔ケアに関する技術的助言・指導を当施設の介護職員に行なった際の加算です。
口腔衛生管理加算 (1月) 90単位	97円	193円	290円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上実施し、口腔ケアに関する技術的助言・指導を当施設の介護職員に行なった際の加算です。
療養食加算 (1回) 6単位	7円	13円	20円	配置医師の指示により、糖尿病食や腎臓病食等の治療食を提供した際の加算で、1日3回まで算定可能です。
配置医師緊急時対応加算 早朝・夜間1回650単位	697円	1394円	2091円	配置医師が早朝(6時から8時まで)または夜間(18時から22時まで)に訪問し診療した際の加算です。
配置医師緊急時対応加算 深夜1回1300単位	1394円	2788円	4181円	配置医師が深夜(22時から6時まで)に訪問し診療した際の加算です。
看取り介護加算Ⅰ・Ⅱ (1日) 144単位	155円	309円	463円	看取り介護を行なった際の加算です(死亡日前4日～30日)。
看取り介護加算Ⅰ (1日) 680単位	729円	1458円	2187円	看取り介護加算Ⅱの算定基準に合致しないものの、看取り介護を行なった際の加算です(死亡日前日及び前々日)。
看取り介護加算Ⅰ (1日) 1280単位	1373円	2745円	4117円	看取り介護加算Ⅱの算定基準に合致しないものの、看取り介護を行なった際の加算です(死亡日)。
看取り介護加算Ⅱ (1日) 780単位	837円	1673円	2509円	配置医師と施設の間で緊急時の注意事項の取り決めを事前に定める等の体制を整え、看取り介護を行ない、施設内で看取った際の加算です(死亡日前日及び前々日)。
看取り介護加算Ⅱ (1日) 1580単位	1694円	3388円	5082円	配置医師と施設の間で緊急時の注意事項の取り決めを事前に定める等の体制を整え、看取り介護を行ない、施設内で看取った際の加算です(死亡日)。
認知症緊急対応加算 (1日) 200単位	215円	429円	644円	医師により、認知症の行動等により在宅での生活が困難で、緊急で利用することが適当と判断した際の加算です(7日間のみ)。
褥瘡マネジメント加算 (1回) 10単位	11円	22円	33円	継続的に入所者ごとの褥瘡管理を行なった際の加算です(3月に1回のみ)。
排せつ支援加算 (1月) 100単位	108円	215円	322円	排せつに介護を要する入所者のうち、状態の軽減・悪化の防止が見込まれると医師等が判断し、医師等が共同し原因の分析や支援計画の作成・実施等を行なった際の加算です(6月間まで)。
処遇改善加算Ⅰ(1月)	合計単位数の83/1000を加算			介護職員の賃金改善等を実施するための加算です。

※ 利用された方の負担金は、その月に利用された単位数(加算含む)×10.72(地域区分)の10～30%です。

※ 看取り介護加算を算定する場合、死亡した月にまとめて算定することになっているため、サービスを利用していない月や退所した後についても、請求が行なわれることがあります。

(2) 「食費、居住費」

区 分	金 額	内容の説明
①食費(1日)	1852円	通常の食事以外に、特別な食事(下記参照、全額自己負担)を選択することもできます。
②居住費(1日)	2人部屋 840円 個室 1567円	感染症等により個室の利用が適当と医師が認めた方については、2人部屋の料金が適用されます。

※ 上記の介護報酬に係わる利用者負担金と食費、居住費は、「介護保険負担限度額認定証」や「社会福祉法人による利用者負担軽減確認証」の交付を受けていない方の料金です。交付を受けている方には、証に記載されている通りの減額措置があります。

※ 入院・外泊等により居室を使用されない場合であっても居住費はかかります。(短期入所生活介護等により居室を使用する場合を除く。) その場合の費用は、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けている方はその証に記載されている額、それ以外の方は上記(2)の②の額となります。

(3) その他の費用(全額、自己負担)

区 分	金 額	内容の説明
①理美容代	カット 1300円 シャンプー 900円 パーマ 4300円 カラーリング 4300円 顔そり 900円 ヘッドマッサージ 700円 ハンドマッサージ 700円	利用者の希望・選択によって提供した場合。(原則として、前々日までにお申し出下さい。)
②特別な食事代 (通常の「食費」とは別の負担となります。)	・うなぎ(主菜の代わりに提供) 630円 ・天ぷら(3品、主菜の代わりに提供) 260円 ・ラーメン(主食、主菜の代わりに提供) 260円 ・カレーライス(主食、主菜の代わりに提供) 110円 ・刺身(主菜の代わりに提供、夏場は提供できません) 970円	利用者の希望・選択によって提供した場合。(原則として5日前までにお申し出下さい。)
③日用品費	ティッシュペーパー、歯ブラシ、歯磨き粉、口腔内保湿ジェル等 実費	利用者の希望・選択によって提供した場合。(持参の場合は無料です。)
④クリーニング代	実費	利用者の希望によって依頼された場合。
⑤行事費	実費	利用者の希望によって参加した場合。
⑥複写物の交付	1枚 10円	利用者の希望によって依頼された場合。
⑦電気料金	テレビ等 1日10円 電熱器類 1日50円	利用者の希望によって利用(持込)された場合。
⑧貴重品管理	1ヶ月 1500円	通帳と印鑑を管理させて頂く場合。
⑨不用品処分料金	粗大ごみ(ダンボール1箱分) 500円 家電リサイクル料金 実費	利用者の希望によって依頼された場合。

※ (3) は、(1) 及び(2) で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合に要する費用です。

※ 利用者負担金は、指定の金融機関の口座から毎月 27 日頃に自動口座引落にてお支払い頂きます。ただし、自動引き落としの手続きが完了するまでは、振込等によりお支払い頂きます。

6 当施設のサービスの方針等

利用者の心身の特性・個々のニーズに応じて食事・入浴・排泄等の生活全般について、必要なサービスを提供致します。

7 サービス利用に当たっての留意事項

①面会時間	午前9時～午後8時（入園は午後7時30分までです。）
②金銭・貴重品の管理	現金や貴金属、時計などの貴重品は、紛失されても補償できませんので、居室へのお持ち込みはご遠慮下さい。 金銭に関しましては別紙の「入所者預かり金取扱い規程」をご参照下さい。
③外出・外泊	前日までに、支援相談課までお申し出ください。入所されている方の体調等により、外出・外泊をお断りさせて頂く事がありますので、ご理解をお願い致します。
④ご家族の宿泊	前日までに、支援相談課までお申し出ください。 食事を希望される方は、1食あたり夕食は566円、朝食は463円で提供できます。前日までにお申し出下さい。
⑤飲酒・喫煙	飲酒、喫煙は所定の定められた場所でのみ可能です。
⑥設備の利用	共有物の取扱いは丁寧にご利用ください。重大な過失または故意による破損と認められる場合は弁償して頂く場合がございます。
⑦所持品の持ち込み	個人所有の品については、個人名を油性ペンで必ず記入して下さい。 また、大きなタンス等の家具類の持ち込みは、原則としてご遠慮下さい。
⑧その他	施設内での営利行為や宗教の勧誘、政治活動等は禁止致します。 ペットのお持ち込み飼育はお断り致します。 火気の取扱いは禁止致します。ライター等は施設にお預け下さい。

8 緊急時等の対応方法

事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打合せに基づき、家族や主治医、緊急機関等に連絡致します。

当施設所定の用紙に必要事項ご記入の上ご提出下さい。

9 協力病院等

名 称：西横浜国際総合病院 代表者：院長 小松 永二 所在地 横浜市戸塚区汲沢町 56 番地 連絡先：045-871-8855	名 称：横浜栄共済病院 代表者：院長 細川 治 所在地：横浜市栄区桂町 132 番地 連絡先：045-891-2171	名 称：まいおか町歯科 代表者：院長 是澤 智久 所在地：横浜市戸塚区舞岡町 3544-3 連絡先：045-369-8148
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

10 非常災害対策

非常時の対応	別途定める「和みの園 災害対策マニュアル」に則り対応致します。			
防災訓練	別途定める「特別養護老人ホーム 和みの園消防計画」に則り年2回以上、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者も参加して実施します。			
防火設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	22
	避難階段	4個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	34	漏電火災報知器	あり
	ガス漏れ報知器	あり	非常用電源	あり
	カーテン・布団等は防災性能のある物を使用しております。			
防火管理者	飯田 敦			

11 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

お客様相談窓口	電話番号	045(851)0753
	FAX番号	045(851)1920
	窓口担当	支援相談課長 森谷 健一 介護支援専門員 田嶋 知穂
	対応時間	午前9時から午後5時まで

○苦情相談の解決について

- ①窓口担当者は、面接、電話、書面などにより苦情相談が寄せられた場合は、苦情の内容や苦情申出者の意向等を確認のうえ記録し、苦情解決責任者（施設長）と第三者委員会に報告します。（苦情申出者が第三者委員会への報告を拒否した場合は、第三者委員会への報告を行ないません。）また苦情の解決までの経過について、書面に記録します。
 - ②苦情解決責任者は、苦情申出者と話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出者は、第三者委員会の助言や立会いを求めることができます。また苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員会の助言を求めることができます。
 - ③苦情解決責任者は、苦情申出者に改善を約束した事項について、一定期間経過後、苦情申出者に報告を行ないます。
 - ④苦情解決により、サービスの改善や実効性を担保するとともに、利用者の信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き、「事業報告書」や広報誌等実績を掲載し、公表します。
- 和みの園第三者委員会へも直接、苦情の申立てができます。第三者委員会への申し立てを希望される方は、和みの園のお客様相談窓口までご連絡ください。第三者委員会の連絡先をお知らせいたします。

○公的機関においても、苦情申出等ができます。

横浜市役所 健康福祉局高齢施設課	所在地	横浜市中区港町1-1
	電話番号	045(671)3923
	FAX番号	045(674)6408
	対応時間	月曜日から金曜日まで 午前9時から午後5時まで
神奈川県国民健康 保険団体連合会	所在地	横浜市西区楠町27-1
	電話番号	045(329)3400
	対応時間	月曜日から金曜日まで 午前9時から午後5時まで

12 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 和みの会
代表者名	理事長 佐藤 健一
所在地・電話	横浜市戸塚区東俣野町1705番地、045(851)0753
業務の概要	特別養護老人ホーム 和みの園の運営、 短期入所生活介護 和みの園の運営、 介護予防短期入所生活介護 和みの園の運営

平成 30年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明致しました。

事業者 事業者名 特別養護老人ホーム 和みの園

説明者 _____ 印

サービス契約にあたり、上記の通り説明を受け、その内容に同意し、これを受領致します。

利用者 氏名 _____ 印