

## 重要事項説明書(ユニット型指定介護老人福祉施設サービス)

社会福祉法人 東益津福祉会(以下「事業者」と言う。)はユニット型特別養護老人ホーム高麓(以下「事業所」と言う。)があなたに提供すべきサービスの重要事項を次のとおり説明します。

### 1 施設の概要

事業者の名称	社会福祉法人 東益津福祉会
事業者の所在地	焼津市坂本 385 番地の 1
電話番号	054-628-0070
代表者職	理事長
代表者名	村松 幹子

事業所の名称	ユニット型特別養護老人ホーム高麓
事業所の所在地	焼津市坂本 385 番地の 1
電話番号	054-628-0070
介護保険事業所番号	2275101281
指定年月日	平成 27 年 4 月 16 日
交通の便	JR 焼津駅下車静鉄バス朝比奈線坂本バス停下車 徒歩 2 分 東名焼津 IC から 1.5 キロメートル

### 2 事業所の職員の概要

(平成 27 年 4 月 16 日現在)

職 種	資 格	員 数
管 理 者	社 会 福 祉 士 介 護 支 援 専 門 員	1 人
医 師	医 師	1 人
生 活 相 談 員	社 会 福 祉 士 介 護 福 祉 士	2 人 1 人
介 護 支 援 専 門 員	介 護 支 援 専 門 員	2 人
介 護 職 員	介 護 福 祉 士 ハ ル ハ 。 - 2 級 等	28 人 (非常勤 1 人を含む)
看 護 職 員 (機能訓練指導員兼務)	看 護 師	2 人 (非常勤 2 人)
看 護 職 員	准 看 護 師	2 人
栄 養 士	管 理 栄 養 士	1 人

### 3 施設の設備の概要

定員	50人
居室	居室1人部屋54室(1室あたり10.76㎡)うちショート9室 居室1人部屋6室(1室あたり11.58㎡)うちショート1室
浴室	浴室9室(機械浴室3、個別浴室6)うちショート1室
共同生活室	6室(1室あたり35.28㎡)うちショート1室
その他の設備	便所18ヶ所うちショート3ヶ所 洗面台 居室内設置 医務室1室(14.6㎡)※既設本館内 面談室1室(19.5㎡)1室(10.75㎡) 調理室1室(既設93.53㎡+増築21.06㎡) 汚物処理室3室(7.60㎡)3室(8.01㎡)うちショート1室 介護材料室2室(11.18㎡)1室(5.46㎡)1室(6.55㎡) 2室(9.28㎡)うちショート1室 ①消火器具 ②スプリンクラー ③自動火災報知設備 ④(煙感知器連動)特定防火設備 ⑤ガス漏れ火災警報機 ⑥非常通報 ⑦非常放送 ⑧避難誘導灯 ⑨避難器具(すべり台)⑩連結送水管 ⑪防災倉庫(簡易トイレ、小型発電機、テント2張)

### 4 介護福祉施設サービスの運営方針

あなたの意思及び人格を尊重し、そ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、各エントにおいてあなたが相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう支援するために、居室及び共用施設などを使用し生活するとともに入浴、排泄、食事等の介護、相談などの精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活の世話、健康管理等の介護福祉施設サービスを提供します。

### 5 施設サービスの概要と利用料金

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第1条参照)

<サービスの概要>

食事	管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
排泄	排泄の自立を促すため、あなたの身体能力を最大限に活用した援助を行います。
入浴 清拭	一般浴、特殊浴共に週2回以上行います。 清拭は必要に応じ行います。
離床	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。
着替え	生活のリズムを考え毎朝夕の着替えを行うように援助します。
整容	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう援助します。
健康管理	嘱託医による診察、看護職員による日々の健康チェックを行います。 協力病院 焼津市立総合病院

〈サービス利用料金〉

下記の表によって、利用者の要介護状態区分に応じた単位数、及びその他介護給付サービス加算から該当するものを合計し、10.14円を乗じた金額の1割、もしくは2割（介護保険負担割合証に記載された割合）が自己負担となります。ただし要介護状態区分が非該当（自立）又は要支援と認定された場合、もしくは要介護状態区分の認定有効期間が終了した場合は、直近の要介護状態区分に応じた利用料金の全額が自己負担となります。

1日あたり

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型個室利用料金	625 単位	691 単位	762 単位	828 単位	894 単位

○その他介護給付サービス加算

次の条件に合致した場合加算されます。	
日常生活継続支援加算	新規入所者のうち、要介護4～5の割合が70%以上又は認知症の利用者の割合が65%以上、もしくは、入所者のうちたんの吸引等が必要な入所者の割合が15%以上、かつ介護福祉士を入所者6名あたり1以上配置している場合。 1日につき 46 単位
看護体制加算（Ⅰ）	常勤の看護師を1名以上配置している場合。 1日につき 6 単位
看護体制加算（Ⅱ）	看護職員を配置基準より1名以上多く配置し、かつ看護職員との24時間の連絡体制を確保している場合。 1日につき 13 単位
夜勤職員配置加算	厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う看護、介護職員の数に1を加えた数以上の看護、介護職員を配置している場合。 1日につき 27 単位
個別機能訓練加算	機能訓練指導員を1名以上配置し、計画的に機能訓練を行っている場合。 1日につき 12 単位
若年性認知症入所者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、サービスを行った場合。 1日につき 120 単位
入院・外泊時費用	利用者が入院及び外泊をした場合。 1日につき 246 単位(月に6日を限度)
初期加算	利用者が新規に入所及び1ヶ月以上の入院後再び入所した場合。 1日につき 30 単位(30日を限度)
退所時等相談援助加算	在宅復帰等に伴う相談援助を行った場合。 (退所前・退所後) 1回 460 単位 (退所後の情報提供) 1回 400 単位 (サービス利用調整) 1回 500 単位
栄養マネジメント加算	栄養マネジメントを実施した場合。 1日につき 14 単位
経口移行加算	経管により食事を摂取する利用者が、経口摂取を進めるために医師の指示に基づく栄養管理を行う場合。 1日につき 28 単位(180日を限度)

経口維持加算(Ⅰ)	医師、歯科医師の指示に基づき摂食障害がある利用者の経口摂取を維持するための会議及び栄養管理を実施した場合。 1月につき 400 単位
経口維持加算(Ⅱ)	医師、歯科医師の指示に基づき摂食障害がある利用者の経口摂取を維持するための会議及び栄養管理を実施した場合。(会議に医師等を含む) 1月につき 100 単位
口腔衛生管理体制加算	利用者の口腔ケアマネジメント計画が作成され、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が利用者の口腔ケアにかかる技術的助言及び指導を月1回以上行った場合。 1月につき 30 単位
口腔衛生管理加算	利用者の口腔ケアマネジメント計画が作成され、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が利用者の口腔ケアを月4回以上行った場合。 1月につき 110 単位
療養食加算	医師の指示(食事せん)に基づく療養食を提供した場合。 1日につき 18 単位
看取り介護加算	看取り介護の体制が出来ていて、看取り介護を行い死亡した場合。 (死亡日以前4~30日前)1日につき 144 単位 (死亡日の前日・前々日)1日につき 680 単位 (死亡日)1日につき 1,280 単位 ※死亡月に加算する為退所後に自己負担が発生する場合があります。
在宅復帰支援機能加算	在宅復帰への連絡、サービスの調整を行った場合。 1日につき 10 単位
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	以下の要件を全て満たしている場合。 ・利用者のうち、認知症の利用者の割合が50%以上であること。 ・認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症の利用者20名又はその端数を増す毎に1名以上配置している。 ・職員間で認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的で開催している。 1日につき 3 単位
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	以下の要件を全て満たしている場合。 ・認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置している。 ・看護・介護職員毎の研修計画を作成し、研修を実施または予定している。 1日につき 4 単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	事業所の介護職員の総数の内介護福祉士の割合が60%以上の場合。 1日につき 18 単位
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	事業所の介護職員の総数の内介護福祉士の割合が50%以上の場合。 1日につき 12 単位

サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業所の看護、介護職員の総数の内常勤職員の割合が75%以上の場合。 1日につき6単位
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	事業所の直接サービスを提供する職員の内勤続年数3年以上の職員の割合が30%以上の場合。 1日につき6単位
介護職員処遇改善加算	介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回る介護職員の賃金改善等の計画を策定し、計画に基づき賃金改善等を実施した場合。合計単位数の8.3%

※日常生活継続支援加算、サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)、(Ⅲ)はいずれかを加算します。

※認知症専門ケア加算を加算する場合は(Ⅰ)(Ⅱ)のいずれかを加算します。

(2)介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第2条参照)

以下のサービスは、介護保険給付対象外のサービスとなります。利用料金の全額があなたのご負担となります。

① 食事の提供に要する費用(食材料費及び調理費)

利用者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。1日あたり1,380円ご負担していただきます。ただし介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額(1日あたり)のご負担となります。

認定証の発行を受けている方			認定証の発行を受けていない方
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
300円/日	390円/日	650円/日	1,380円/日

② 居住に要する費用(光熱水費及び室料)

この事業所及び設備を利用し、居住されるにあたり、室料(建物設備等の減価償却費等)として1日あたり2,700円を、ご負担していただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額(1日あたり)のご負担となります。

※ 外泊、又は入院時にお部屋を確保している場合、居住費は徴収させていただきます。減免対象者の方(利用料段階1段階～3段階)は、入院・外泊時費用算定時は通常の負担限度額を、それ以外の期間は、2,700円のご負担になります。

認定証の発行を受けている方			認定証の発行を受けていない方
第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
820円/日	820円/日	1,310円/日	2,700円/日

③ 日用品費

身の回り品として日常生活に必要な日用品で、施設で用意したものをご利用いただいた場合にお支払いいただきます。

- ・日用品セット 85円/日  
(パスタ、タオル、個人用ティッシュペーパー、シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、入浴用綿球を必要な量ご使用いただけます。)
- ・スポンジブラシ(必要な量ご使用いただけます。) 70円/日
- ・口腔ケア用ガーゼ(必要な量ご使用いただけます。) 70円/日
- ・口腔内湿潤ジェル(必要な量ご使用いただけます。) 10円/日

④ テレビ使用料

居室テレビを使用する場合 50円/日

⑤ レクリエーション等にかかる費用

あなたの希望により参加するレクリエーション、クラブ活動等にかかる費用 実費

- ⑥ 特別な食事  
あなたの希望により提供される特別な食事にかかる費用 実費
- ⑦ 金品等の出納及び管理にかかる費用  
立替払いの事務手数料・保険証類の管理(医療被保険者証、介護保険被保険者証等)  
50 円/日
- ⑧ 上記のほかあなただけが特に必要とするものについては、別途負担していただきます。

(3) 料金の支払方法

あなたが事業所に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。支払い方法は口座自動引き落としでお願いします。毎月 18 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、24 日までにあなたが指定する通帳にご入金下さい。

6 サービスの終了

- (1) あなたは、7 日以上予告期間をおいて文書で事業者へ通知することにより、契約を解約することができます。ただし、次の事由に該当する場合には、あなたは、文書で通知することにより直ちに契約を解約することができます。
  - ① 事業者が正当な理由がなくサービスを提供しないとき。
  - ② 事業者が守秘義務に違反したとき。
  - ③ 事業者が社会通念に逸脱する行為を行ったとき。
  - ④ 利用料金の変更に同意できないとき。
- (2) 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、あなたに対し、1 ヶ月間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、契約を解約することができます。ただし、次の事由に該当する場合には、文書で通知することにより、7 日間が経過した後に契約を解約することができます。
  - ① あなたが施設に支払うべきサービスの利用料金を 3 ヶ月以上滞納し、期限を定めて再三勧告したにもかかわらず、その期限までにサービス利用料の支払がないとき。
  - ② あなたが病院又は診療所に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後 3 ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。
  - ③ あなたが契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるとき。
- (3) 次の事由に該当する場合、契約は自動的に終了します。この場合、損害賠償義務は発生しないものとします。
  - ① あなたが他の介護保険施設に入院又は入所した場合。
  - ② あなたの要介護状態区分が非該当(自立)又は要支援と認定された場合。
  - ③ あなたが死亡した場合。

7 サービス利用にあたっての留意事項

面 会	自由に面会できます。
設備、器具の利用	本来の用途に従って利用してください。
金 銭 の 管 理	自らの手による金銭管理が困難な場合、事業所の管理サービスをご利用いただけます。
宗 教 活 動	施設内での他の利用者に対する宗教活動はご遠慮ください。
ペ ッ ト	持込できません。
迷 惑 行 為	他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

8 緊急医療機関

あなたが万一、入院治療を必要とする場合の事業所の緊急医療機関は以下のとおりです。

緊急医療機関	名 称	焼津市立総合病院
	連絡先	電話 (054) 623-3111

## 9 非常災害対策

非常時の対応	別途定める事業所の消防計画により対応します。
近隣との協力関係	地域消防団、自主防災組織の協力を得ます。
非常時の防災訓練	入所者も参加する中で昼夜間、火災や地震を想定した避難訓練を行います。
防災設備	スプリンクラー、非常階段、非常用スロープ、自動火災報知器、屋内消火栓、非常通報装置、消火器等完備しています。 カーテン等は、防災性能のある物を使用しています。

## 10 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町、関係医療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。

## 11 苦情処理

あなたは、事業所の施設サービスの提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。

あなたは、事業所に苦情を申し立てたことにより、何ら差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 橋ヶ谷佳広 電話番号 054-628-0070

この他、市町や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることが出来ます。

焼 津 市	担当窓口	介護保険課保険給付担当
	電話番号	054-626-1159
国民健康保険団体連合会	担当窓口	介護保険課 苦情相談窓口
	電話番号	054-253-5590

平成 年 月 日

ユニット型介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

<事業所> 所在地 焼津市坂本 385 番地の 1  
名称 ユニット型特別養護老人ホーム高麓  
説明者 \_\_\_\_\_ 印

この説明書により、ユニット型介護老人福祉施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<上記代理人（代理人を選任した場合）>  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人(保証人)> 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印



## 介護保険給付対象外サービス料金 同意書

社会福祉法人東益津福祉会

ユニット型特別養護老人ホーム高麗 御中

介護保険給付対象外サービス料金について以下のとおり同意します。

品名	備考	料金	チェック
日用品費	日用品セット (ハスタオル、タオル、個人用ティッシュペーパー、シャンプー、ボディソープ、歯ブラシ、歯磨き粉、義歯洗浄剤、入浴用綿球を必要な量ご使用いただけます。)	85 円/日	
	スポンジブラシ (必要な量ご使用いただけます。)	70 円/日	
	口腔ケア用ガーゼ (必要な量ご使用いただけます。)	70 円/日	
	口腔内湿潤ジェル (必要な量ご使用いただけます。)	10 円/日	
テレビ使用料	居室テレビを使用する場合	50 円/日	
金品等管理	立替払の事務手数料・保険証等の管理	50 円/日	
合計金額		円/日	

平成 年 月 日

<利用者> 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

<上記代理人（代理人を選任した場合）>  
住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

<身元引受人(保証人)> 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印