

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

(令和 3 年 4 月 1 日現在)

| 職 種 | 資 格 | 員 数 |
|--------------------------|--------------------------------|--------|
| 管 理 者 | | 1 人 |
| 医 師 | 内 科 医 | 1 人 |
| 生 活 相 談 員 (介護支援専門員兼務) | 社 会 福 祉 士 | 1 人以上 |
| 生 活 相 談 員 (介護支援専門員兼務) | 介 護 福 祉 士 | 1 人以上 |
| 介 護 職 員 | 介 護 福 祉 士 介 護 職 員 初 任 者 研 修 | 21 人以上 |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | 柔 道 整 復 師 | 1 人以上 |
| 看 護 職 員 | 看 護 師 | 2 人以上 |
| 栄 養 士 | 管 理 栄 養 士 | 1 人以上 |
| | 栄 養 士 | 1 人以上 |

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㎡)うちシャフト9室 居室1人部屋6室(1室あたり11.58㎡)うちシャフト1室 |
| 浴室 | 浴室9室(機械浴室3、個別浴室6うちシャフト1室) |
| 共同生活室 | 6室(1室あたり35.28㎡)うちシャフト1室 |
| その他の設備 | 便所18ヶ所うちシャフト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㎡)うちシャフト1室 介護材料室2室(11.18㎡)1室(5.46㎡)1室(6.55㎡) 2室(9.28㎡)うちシャフト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

| |
|---|
| <p>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。</p> |
|---|

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 | 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管理を行います。 協力病院 焼津市立総合病院 協力歯科医院 ふかざわ歯科 |

〈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割から3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 | 652単位 | 720単位 | 793単位 | 862単位 | 929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。現行の要件に加えて、夜勤時間を通じて喀痰吸引等の実施が出来る介護職員を配置していること。 1日につき33単位 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 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 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合。 1月につき20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 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 常勤の管理栄養士を 1 名以上配置し、栄養ケア計画に従い、必要な栄養管理を行った場合。 1 日につき 11 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 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 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 2 回以上行った場合。 1 月につき 90 単位 |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)に加えて、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合。 1 月につき 110 単位 |
| 療養食加算 | 医師の指示(食事箋)に基づく療養食を提供した場合。 1 食につき 6 単位(1 日 3 回を限度とし 1 食を 1 回とする) |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 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 31~45 日前) 1 日につき 72 単位 (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。 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 医療提供の体制が出来ていて、施設内で実際看取り介護を行い死亡した場合。 (死亡日 31~45 日前) 1 日につき 72 単位 (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 780 単位 (死亡日) 1 日につき 1,580 単位 |
| 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を開催している。 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 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 配置医師が施設の求めに応じ、早朝・深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合。 早朝・夜間の場合 1回につき650単位 深夜の場合 1回につき1,300単位 |
| 排泄支援加算（Ⅰ） | 排泄に介護を要する特別養護老人ホーム等の入所者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、支援した場合。 1月につき10単位 |
| 排泄支援加算（Ⅱ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）に加え、おむつの使用ありから使用なしに改善した場合。 1月につき15単位 |
| 排泄支援加算（Ⅲ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）に加え、排尿・排便のいずれかが改善し、かつ、おむつの使用ありから使用なしに改善した場合。 1月につき20単位 |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 入所者の褥瘡発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的な管理をした場合。 1月につき3単位 |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等に褥瘡の発生のない場合。 1月につき13単位 |
| 再入所時栄養連携加算 | 医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要になった場合、再入所後の栄養管理の調整を行った場合。 1回につき200単位 |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上である場合。 1月につき30単位 |
| ADL維持等加算（Ⅱ） | 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上である場合。 1月につき60単位 |
| 自立支援促進加算 | 自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施するなど継続的に入所者ごとの自立支援を行った場合。 1月に300単位 |

| | |
|-----------------|---|
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） | CHASEの収集項目の各領域（総論（ADL）、栄養、口腔・嚥下、認知症）について、全ての入所者に係るデータを横断的にCHASEに提出してフィードバックを受け、事業所の特性やケアの在り方等を検証し利用者のケアプランや計画への反映した場合。 1月につき 40 単位 |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） | 科学的介護推進体制加算（Ⅰ）に加え、データ提出とフィードバックの活用による更なるPDCAサイクルの推進・ケアの質の向上を図った場合。 1月につき 50 単位 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 事業所の介護職員の総数の内介護福祉士の割合が 80%以上の場合。勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 35%の場合。 1日につき 22 単位 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 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（Ⅲ） | 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。常勤職員が 75%以上の場合。勤続 7 年以上の介護職員が 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% |
| 特定処遇改善加算（Ⅰ） | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）までを取得し職場環境等要件に関しに関し複数の取組をおこなっており、それに基づく取組についてホームページへの掲載を通じた見える化をおこなっている場合。合計単位数の 2.7% |
| 身体拘束未実施減算 | 身体拘束等の適正化を図る対応がなされていない場合の減算。 1日につき -10% |
| 安全管理体制未実施減算 | 厚生労働大臣が定める安全管理の基準を満たさない場合 1日につき -5 単位 |

※日常生活継続支援加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（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 1,445 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。

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 2,740 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、2,740 円のご負担になります。

| 利用者負担 | 個室の場合/日 | | 備考 預貯金要件 |
|-------|---------|---------|--------------|
| | 居住費 | 食費 | |
| 第1段階 | 820 円 | 300 円 | - |
| 第2段階 | 820 円 | 390 円 | 預貯金 650 万円以下 |
| 第3段階① | 1,310 円 | 650 円 | 預貯金 550 万円以下 |
| 第3段階② | | 1,360 円 | 預貯金 500 万円以下 |
| 第4段階 | 2,740 円 | 1,445 円 | - |

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
(バスタオル、タオル、個人用ティッシュペーパー、シャンプー、ホテルソープ、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

※外泊、又は入院時にお部屋を確保している場合は徴収させていただきます。

⑧ 上記のほかあなた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。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 日以上の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ヵ月以上滞納し、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ヵ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヵ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。(8:30~20:00) 上記以外の時間の面会を希望される際は事前にご連絡ください。 |
| 設備、器具の利用 | 本来の用途に従って利用してください。 |
| 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、防災計画及び事業継続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。 屋上自家発電機、貯水槽タンク、土嚢、炊き出しセット等 |

10 身体拘束の廃止 (契約書第4条6参照)

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、行動を制限する行為を行いません。委員会の設置、指針の整備、知識の向上を図る定期的な研修等の必要な措置を講じます。

11 虐待防止 (契約書第4条7参照)

利用者の人権の擁護、虐待防止等のため担当者を定め、委員会の設置、指針の整備、知識の向上を図る定期的な研修等の必要な措置を講じます。

12 感染症の予防、発生時の対応 (契約書第16条参照)

事業者は感染症が発生し、又はまん延しないように、委員会の設置、指針の整備、事業継続計画の策定、研修及び訓練の実施等必要な措置を講じます。

13 事故発生の防止 発生時の対応 (契約書第 15 条参照)

事業者は安全対策担当者を定め、組織的な安全対策体制を整備します。委員会の設置、安全対策活動の展開、知識の向上を図る定期的な研修等必要な措置を講じます

14 情報の保存 (契約書第 16 条参照)

事業者は利用者に対する施設サービス提供に関する書類等を整備し、この契約終了後 5 年間保存します。

15 福祉サービス第三者評価事業について

第三者評価の実施なし

16 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 吉田靖基 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できます。

| | | |
|-------------|------|--------------|
| 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 |

