

地域密着型介護老人福祉施設 蘇望苑ユニット 重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 蘇清会
- (2) 代表者氏名 理事長 橋 野 和 仁
- (3) 所在地 熊本県上益城郡山都町滝上223番地1
- (4) 電話番号 0967-83-0870
FAX 0967-83-0864
- (5) 設立年月日 平成4年8月26日（法人設立）

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- (2) 施設の名称 地域密着型介護老人福祉施設 蘇望苑ユニット
- (3) 施設長 氏名 甲斐 聖匠
- (4) 電話番号 0967-83-0870
FAX 0967-83-0864
- (5) 利用定員 20名（1階・2階：各10名）
- (6) 指定年月日 平成26年4月1日
事業所指定番号 4392800191

3. 運営方針

当施設は地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営めるよう支援していきます。

また、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、山都町、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と密接な連携に努めるものとします。

4. 施設の概要

- (1) 居室（個室） 20室（1室 15.31㎡） ユニット型
- (2) 浴室 2室（1室 18.55㎡） 一般浴槽及び特殊浴槽
- (3) 食堂・ホール 2室（1室 31.80㎡）

5. 施設の職員体制及び勤務体制

当施設では、ご利用者に対して地域密着型施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。なお、職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	現職員	指定基準	勤務時間
管 理 者	1	1 (本体兼務可)	日勤8:30~17:30
医 師	0.2	必要数	内科・外科(毎週月・木曜日) 歯科(水曜日:必要時) 皮膚科(必要時)
生活相談員	1	1	就業規則22条別紙参照
看護職員	1	1	
機能訓練指導員	1	1 (本体兼務可)	
介護支援専門員	1	1 (兼務可)	
管理栄養士	1	1 (本体兼務可)	
事務職員	1	必要数	
介護職員	12	1フロア-1以上	

※介護職員はご利用者様のご希望等により勤務時間帯を変更します。

6. 施設サービスの内容

(1) 日常生活支援

地域密着型施設 サービス計画の 作成	ご利用者様及びご家族様の意向をうかがいサービス計画を立案し、内容を確認の上で作成いたします。 (6ヶ月に1回以上の見直しを行います。)
介 護	上記のケアプランに基づいた介護を行います。 (食事、排泄、入浴、整容、移動介助、余暇活動等)
入 浴	入居者様の希望をうかがい、身体状況に合わせて個浴または機械浴にて入浴いただけます。体調により清拭も行います。
排 泄	排泄の自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。
食 事	朝 食 8:00~ 昼 食 12:00~ おやつ 15:00~ 夕 食 17:30~ *お食事は利用者様に合った職形態で提供いたします。 ご利用者のご希望又は体調に合わせてホールまたは居室等にて召し上がっていただきます。
機能訓練	機能訓練指導員によるご利用者の状況に適合した機能訓練

1 洗濯	を行い、身体機能の低下を予防するよう努めます。
洗 濯	シーツ等のリース以外の衣類等は施設で洗濯を行います。

(2) 余暇活動

趣味活動	音楽、ドライブ、カラオケ等定期的な活動を行います。
行 事	誕生会、敬老会、感謝祭、運動会、新年会等定期的に行事を実施しています。

(3) 保健医療サービス

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・月に1回主治医の診察を受けることができます。 ・必要時は歯・皮膚科の診察を受けることができます。 ・日常的には、看護職員を中心に健康管理を行います。 ・医療の必要性は嘱託医師、協力医療機関の医師が判断します。 ・医療が必要と判断された場合には、速やかに医療機関に通院もしくは入院していただきます。この場合は、ご利用者又はご家族等の責任の下で判断していただきます。 ・定期健康診断を年1回実施します。 ・インフルエンザ予防接種を年1回実施します。
------	---

(4) 代行業務

行政手続代行	手続きの代行をご希望される場合は、その都度お申し出ください。
介護保険更新申請の援助	介護保険更新の際には、継続して施設利用ができるよう更新申請に必要な援助を行います。

(5) 預り金管理

預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> ○ お預かりするもの 預貯金通帳と印鑑 ○ 保管管理者 管理者 ○ 出納職員 生活相談員 ○ 規程 入所者預り金等の取扱規程 ○ 利用料金 1か月当たり 1,000円
-------	---

(6) 家族との交流・地域との交流・その他

行事への参加	当施設が実施する行事には是非ご参加ください。
会報の発行	当法人の会報を年2回程度発行し、ご家族等及び地域住民の方々へ配布します。
ボランティア	各行事・日常生活の援助等、様々な活動でボランティアのご協力をいただいております。ボランティアの受け付けも

	常時行っています。
--	-----------

面会時の会食サービス	ご家族等の面会時にご利用者と一緒に食事ができるよう、会食サービスを行います。（朝：200円 昼・夕：350円）
------------	---

7. 利用者負担金

(1) ご利用者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①介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額、ならびに食費及び居住費②介護保険の給付の対象とならないサービスの2種類に分かれます。（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明の上、ご利用者又はご家族等の同意を得なければならないとされています。疑問・ご質問等ございましたらお尋ねください。）

①介護保険の給付の対象となるサービス(この表中の3～5の合計が負担額となります)

1.利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	682	753	828	901	971
	6,820円	7,530円	8,280円	9,010円	9,710円
2.うち、介護保険から給付される金額	6,138円	6,777	7,452円	8,109円	8,739円
3.サービス利用に係る自己負担額(1-2)	682円	753円	828円	901円	971円
4.食費に係る自己負担額	第1段階：300円 第2段階：390円 第3段階:①650円、②1360円 第4段階:1,445円				
5.居住費に係る自己負担額	第1段階の方：880円 第2段階の方：880円 第3段階の方：1,370円 第4段階の方：2,066円				

その他加算されるサービス

加算項目	内 容	単位数	利用者負担額
初期加算	入所日から30日以内の期間 長期入院後の再入所も同様	30	30円 (1日につき)
外泊時費用	病院等に入院を要した場合及び外泊をした場合	246	246円(月6日限度/1日につき)
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	12	12円 (1日につき)
看護体制加算Ⅱ	看護職員を2名以上配置している場合	23	23円 (1日につき)
夜勤職員配置加算Ⅱーイ	夜勤を行う職員を2名以上配置している場合	46	46円 (1日につき)
個別機能訓練加算(1)	利用者様の状態に応じた個別機能訓練を行う場合	12	12円 (1日につき)
サービス提供体制強化加算	介護福祉士を5割以上配置している場合	6	6円 (1日につき)

介護職員処遇改善加算	介護職員の賃金改善のため、ご利用者ごとの1ヶ月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各加算）に9.0%を乗じた額の1割
------------	--

*医師により看取り状態と判断された場合、別途加算があります。

◇世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合は、食費・居住費の負担が減額されます。

対象者		区分	食費	居住費
生活保護受給者		利用者負担1段階	300円	880円
老齢年金受給者				
世帯全員が市町村民税非課税	課税年金受給者と合計所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担2段階	390円	880円
	利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が①80万円超～120万円以下、②120万円超）	利用者負担3段階	①650円 ②1,360円	1,370円
上記以外の方 （施設との契約により設定されます）		利用者負担4段階	1,445円	2,066円

②介護保険の給付の対象とならないサービス

サービス区分	内容	金額
雑費（理美容含む）	日用品等	実費
個人の日用品で個人の嗜好による贅沢品	アルコール類（ビール・焼酎等） 個人用の化粧品等 個人の希望で購入する雑誌・新聞等	実費
主治医の指示等により使用する個人的な医療器具	マーゲンチューブ・バルーン・酸素等	実費

(2) 支払方法

当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月15日までに請求します。お支払いは契約書第8条による方法（事務所窓口による現金支払い、ゆうちょ銀行での自動口座引落、当苑指定の口座振り込み）でお願い致します。

ただし、これによりしがたい場合はご相談に応じます。

8. 入退所について

(1) 入所について

①山都町に在住し介護認定を受けた方で、当施設指定の入所申込書に必要事項を記入しお申し込みください。

②入所前に事前面接を行います。その後当施設の入所判定員会で入所が決定場

合は契約となります。契約の有効期間は介護保険認定期間と同じです。ただし、引き続き認定を受け、ご利用者又はご家族等から契約終了の申し出がない場合には、自動的に更新されるものとします。

(2) 契約の終了について（退所）

- ①ご利用者又はご家族等からいつでも申し出ることにより、この契約を解除することができます。
- ②施設は次の事項に当てはまる場合、ご利用者及びご家族等に対して文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
 - 1) ご利用者のサービス料金支払いが、正当な理由なくして3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合。
 - 2) ご利用者が病院等に入院し、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ヵ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合
 - 3) ご利用者が施設や施設職員又は他のご利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- ③ご利用者が要介護認定の更新で、非該当（自立）・要支援1・要支援2と認定された場合、前介護度の有効期間をもってこの契約は終了します。
- ④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - 1) ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合
 - 2) ご利用者が死亡した場合
 - 3) やむを得ない事情により施設を閉鎖又は縮小する場合

9. 当施設利用に際しての留意事項

事 項	内 容
面 会	面会時間：9：00～20：00 それ以外の時間についてはご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊届に必要な事項をご記入ください。 前日までに届け出をお願いします。
飲 酒	原則として夕食時間をお願いします。
喫 煙	原則として敷地内禁煙となります。
所持品の持ち込み	居室に収納できる範囲をお願いします。 必要以上の金銭・貴重品の持ち込みについては ご遠慮ください。
嘱託院・協力院以外の受診	嘱託医師・協力病院の医師の指導ではなく、ご利用者 やご家族等の希望で他の医療機関を受診する場合は、 ご家族等での対応をお願いします。また、診療結果、 処方薬等については職員にお申し出ください。
宗教・政治活動	施設内他のご利用者に対する、宗教活動や政治

小教 - 以ノロ口和	活動はご遠慮ください。
食べ物の持ち込み	健康上のことがありますので職員にお尋ねください。

10. サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。その記録は当施設にて閲覧できます。

11. 退所後の援助

契約終了によりご利用者が退所される際には、ご利用者及びご家族等の希望、ご利用者が退所後の生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

12. 秘密保持の遵守

(1) 施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報については、法人の運営する各事業所が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとと保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。

なお、下記の内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご承知おきください。

①内部での利用

ご利用者等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1) 入退所の管理 | 5) 施設サービス提供職員の連帯 |
| 2) 会計・経理 | 6) 施設サービスや業務の維持 |
| 3) 事故等の報告 | 7) 当該事業所内において行われる |
| 4) 施設サービスの向上 | 学生等への実習の協力 |

②外部への提供

ご利用者に提供する介護サービスのうち、

1) ご利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録

2) ご家族への心身の状況説明

介護保険事務のうち、

1) 審査支払機関へのレセプト等の提出

2) 審査支払機関又は保険者からの照会の回答

3) 損害賠償保険等に係わる社会保険等への相談又は届出等

13. 緊急時の対応

ご利用者の様態に変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族等に速やかに連絡いたします。

嘱託医療機関名	山都町包括医療センター そよう病院
所在地	熊本県上益城郡山都町滝上476番地2
電話番号	0967-83-1122
診療科目	内科・外科・整形外科・循環器科・眼科・歯科

14. 非常災害規程

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防災管理者	甲斐 聖匠
防災設備	自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・地震時によるエレベーターの直近階での停止

15. サービスの内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当施設における苦情の受付

施設内に相談・苦情専用の窓口を設置し、相談に訪問されたご利用者及びご家族のプライバシーと秘密保持のため専用室を設けています。相談・苦情の窓口担当者を選任し、当該担当者がその相談にあたります。また、苦情受付ボックスを事務所前廊下に設置しています。

苦情受付窓口（担当者）	受付時間	連絡先
施設長 甲斐 聖匠	9：00～17：00 （月～金曜日）	0967-83-0870
生活相談員 佐藤 憲子		

(2) 迅速かつ円滑に苦情処理を行うための体制及び手順

苦情を申し立てられた方に対し内容説明を行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに解決を図り同意を得ることとします。この場合も施設長（管理者）に報告します。

苦情がその場で解決困難な場合は、

- ①苦情の原因となっていることについて、ご利用者又はご家族等への聞き取りや、職員への内容確認により事実を把握します。
- ②その後、翌日までには施設内で検討会議を開催し、当施設が改善すべき苦情処理策を作成します。その日のうちにご利用者又はご家族等苦情を申し立てた方に対し、説明を行い同意を得ることとします。また、「第三者委員会」への報告の要否を確認し必要な対応を行います。
- ③施設長（管理者）はご利用者又はご家族等からの苦情があった事項について、その後のサービス提供の中で真に改善されているか職員やご利用者及びご家族等にも確認を行い、改善しきれていないと判断した場合には、職員教育を徹底し速やかな改善を図り、ご利用者及びご家族等の意向に沿ったサービス

の提供がなされるような配慮を行います。

- ④当施設に対する苦情については責任を持って対応しますが、ご利用者及びご家族等は下記の機関への申し立てもできます。
- ⑤当施設が行うサービスの提供により、ご利用者に賠償すべき事故が生じた時は速やかに賠償いたします。
- ⑥地域密着型施設サービス計画は、ご利用者及びご家族等の意向を踏まえ作成されています。変更等を希望される場合は速やかに申し立てください。

◇苦情受付第三者委員

山都町 民生委員	高田 紀代美	Tel82-2312
山都町 蘇陽地区住民代表	江藤 祐子	Tel83-1343
山都町 清和地区住民代表	高木美穂子	Tel82-2138
家族会会長	枝尾 秀次	Tel83-0693

*なお、第3者評価機関の審査は受けておりません。

16. 緊急時および事故発生時における対応は、運営規定第8章に基づき対応します。

地域密着型介護老人福祉施設サービス契約の締結にあたり、ご利用者及びご家族等に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

_____年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設
蘇望苑ユニット
施設長 甲斐 聖匠 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

【利用者】 住所 _____

氏名 _____ 印

【代理人】 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

【御家族様】 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

この重要事項説明書は、厚生省令第39号（平成11年3月31日）第4条の規定に基づき、入所申込者又はその家族等への重要事項説明のために作成したものです。