

重要事項説明書

特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）

1. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 朝日ぶなの木会
法人所在地	山形県鶴岡市熊出字東村 157 番地 2
電話・FAX 番号	TEL 0235-53-2300 FAX 0235-53-2828
代表者役職・氏名	理事長 伊藤 恒彦
設立年月日	平成4年5月25日

2. 特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）の概要

種別	介護老人福祉施設	介護保険指定番号	0670701846
運営方針			
<p>① 入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、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関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。</p> <p>② 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市、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、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</p>			
施設所在地	山形県鶴岡市熊出字東村 157 番地 2		
電話番号等	0235 - 53 - 2300 (FAX 0235 - 53 - 2828)		
施設管理者	施設長 小野寺 幸則		
開設年月日	平成 27 年 5 月 1 日	入居定員	30 名

3. 施設の設備

個室	30 室	12～15 ㎡、エアコン、洗面台、低床 3 モーターベッド、ナースコール、テレビ配線
共同生活室（リビング）	3 室	各ユニットに 1 室、104 ㎡
共同トイレ	9 室	各ユニットに 3 室
浴室	3 室	個人浴槽 2 室、特殊浴槽 1 室
医務室	1 室	調理室 1 室（併設従来型施設と兼用）

4. 職員体制と職種

職種	常勤	非常勤	計	職務内容
管理者		1	1	従業者、施設の管理
医師		1	1	入居者の健康管理及び療養上の指導
生活相談員		2	2	入居者の日常生活に関する相談に応じた便宜、支援
管理栄養士		2	2	栄養ケア計画の作成、栄養・嗜好に考慮した食事の提供

施設管理員		1	1	施設内外の営繕等
事務職員		4	4	利用料請求、事務
介護職員	17	13	30	入居者の日常生活上の介護、健康保持の相談・助言
看護職員		2	2	入居者の健康管理、保健衛生及び看護の提供
機能訓練指導員		2	2	機能訓練計画の作成・実施
介護支援専門員		3	3	施設サービス計画の作成
夜警員		3	3	施設内外の見回り等

5. 当施設が提供するサービス内容

入居者に対するサービス提供方針や具体的な内容は、入所後作成する施設サービス計画（ケアプラン）に定めます。状況やご希望を伺いながら施設サービス計画案を立案（変更）し、入居者及びご家族に説明して同意を得て確定し、この計画に基づき介護サービスを提供します。	
食事	管理栄養士の献立により栄養、身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供。
入浴	身体清潔の保持に向けて、入浴又は清拭を週2回以上実施。
排泄	入居者の身体能力を最大限活用した援助の実施。
日常生活の支援	生活全般、その他自立への支援。
ターミナルケア	介護支援専門員、医師、看護師、介護職員等が協働して適切なケアの実施。
機能訓練	入居者及びご家族の希望により身体状況に応じ、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施。
生活相談	日常生活に関する相談に応じた便宜、支援。
健康管理	医師や看護職員による健康管理。

6. 利用料金

1) 基本料金（日額）

① ユニット型経過的小規模介護福祉施設サービス費（I）

	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	日額	768円	836円	910円	977円	1,043円
2割負担	日額	1,536円	1,672円	1,820円	1,954円	2,086円
3割負担	日額	2,304円	2,508円	2,730円	2,931円	3,129円

※保険料を滞納した場合、滞納期間に応じて保険給付の償還払い化、支払いの一時差止め、引下げ。高額介護サービス費・高額医療高額介護合算サービス費の不支給。食費・居住費の負担軽減を受けられません。

② 食費、居住費

食費及び居住費は、原則として全額自己負担ですが、次の3つの要件いずれにも該当する場合、利用者の所得に応じて、次表に記載されている食費及び居住費の自己負担の限度額（利用者負担分）を設け、食費及び居住費を軽減する制度（介護保険負担限度額認定）があります。

- 1.世帯員全員が市町村民税非課税であること
- 2.世帯分離している場合も含めて、配偶者が市町村民税非課税であること
- 3.次表の「所得の状況」に応じた「預貯金等の資産の状況」であること

利用者負担段階	所得の状況		預貯金等の資産の状況	居住費	食費	
第1段階	生活保護受給者		単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	880円	300円	
	高齢福祉年金受給者					
第2段階	非課税世帯	合計所得金額 + 課税年金収入額	80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下	880円	390円
第3段階 ①		+ 非課税年金 収入額	80万円超 120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下	1,370円	650円
第3段階 ②			120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下	1,370円	1,360円
第4段階	課税世帯			2,066円	1,445円	

※居住費は、入院又は外泊された場合も認定証と同額をご負担いただきます。

③ その他の介護サービス加算（入居者様の状況、施設の体制によって変わります）

項目	月額 1割負担	月額 2割負担	月額 3割負担	備考
日常生活継続支援加算	46円	92円	138円	<ul style="list-style-type: none"> ・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の者の占める割合が70%以上であること。 ・算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者(日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当)の占める割合が65%以上であること。 ・社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の15%以上であること。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円	36円	54円	施設の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上。
看護体制加算Ⅰ	4円	8円	12円	常勤の看護師を1名以上配置していること。
看護体制加算Ⅱ	8円	16円	24円	看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であること。
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	18円	36円	54円	夜勤職員が基準より1名多く配置していること。

栄養マネジメント強化加算	11 円	22 円	33 円	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70）で除して得た数以上配置すること。 ・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週 3 回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。 ・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること。 ・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養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こと。
外泊時費用	246 円	492 円	738 円	入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて算定する。
初期加算	30 円	60 円	90 円	入所した日から起算して 30 日以内の期間について算定する。30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合も同様とする。
安全対策体制加算	20 円/回	40 円/回	60 円/回	施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている（入所時に 1 回を限度として算定）。
看取り介護加算				<ul style="list-style-type: none"> ・常勤の看護師を 1 名以上配置し、当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24 時間連絡できる体制を確保していること。 ・看取りに関する方針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。 ・医師、生活相談員、看護職員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、当該指定介護老人福祉施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜看取りに関する指針の見直しを行うこと。 ・看取りに関する職員研修を行っていること。 ・看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能とな

				<p>るよう配慮を行いこと。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。 ・医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者(その家族等が説明を受けた上で、同意している者を含む。)であること。 ・看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求め等に応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者(その家族等が説明を受け、同意した上で介護を受けている者を含む。)であること。
	72 円 144 円 680 円 1,280 円	144 円 288 円 1,360 円 2,560 円	216 円 432 円 2,040 円 3,840 円	<p>死亡日以前 31 日以上 45 日以下</p> <p>死亡日以前 4 日以上 30 日以下</p> <p>死亡日の前日及び前々日</p> <p>死亡日</p>
科学的介護 推進体制加 算 (II)	50 円/月	100 円/ 月	150 円/ 月	<p>入所者ごとの、ADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出。提出したデータのフィードバックを、必要に応じて施設サービス計画を見直すなどによって活用。</p>
口腔衛生管 理加算 (II)	110 円/ 月	220 円/ 月	330 円/ 月	<p>(1)歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。</p> <p>(2)歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月 2 回以上行うこと。</p> <p>(3)歯科衛生士が、(1)における入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと。</p> <p>(4)歯科衛生士が、(1)における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること。</p> <p>(5)入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生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こと。</p>

協力医療機関連携加算	100 円/月	200 円/月	300 円/月	<p>協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること。</p> <p>協力医療機関が下記の①～③の要件を満たす場合（協力医療機関の要件）</p> <p>①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。</p> <p>②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。</p> <p>③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。</p>
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 円/月	20 円/月	30 円/月	<p>・感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関（鶴岡市立荘内病院）との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。</p> <p>・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時期の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適正に対応していること。</p>
生産性向上推進加算（Ⅱ）	10 円/月	20 円/月	30 円/月	<p>・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。</p> <p>・1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取り組みによる効果を示すデータの提供（オンラインによる提出）を行うこと。</p>
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数（基本報酬単位＋各種加算）×14%が料金に加算されます。			

① 介護保険の給付対象とならないサービス（利用料金の全額がご契約者の負担となります）

項目	料金	備考
理容・理髪	2,000 円	理容師が月に 1 度施設に来ており、ご希望により利用できます。
レクリエーション行事	実費	ご本人の選択によるものは自己負担となります。
電気代（1 台につき）	300 円/月	日常において通常必要となるものに係る費用であって、ご本人に負担させることが適当と認める電化製品（テレビ、CD ラジカセ、携帯電話、電気毛布などの電化製品）

特別な食事	実費	ご希望に基づいて特別な食事を提供できます（病状によります）。
日常生活費	実費	日常生活に要する費用で、ご本人に負担いただくことが適当であるものは実費負担となります。※洗濯・おむつ代は施設負担となります。

2) 利用者の負担軽減のための制度

① 介護保険の食費・居住費の負担限度額の認定

入居者の収入等によって、利用者負担第 1 段階～第 3 段階（①、②）とそれ以外に認定され、食費・居住費の負担の上限額が設定されます。これは、市町村への申請が必要で、認定されると認定証が交付され、食費・居住費の自己負担限度額が定められます。

② 社会福祉法人等による利用者負担額軽減制度

社会福祉法人朝日ぶなの木会は、利用者負担額軽減制度を実施しています。市町村が、特に生計が困難である者として認めた場合に、この制度が適用されます。

※ ①、②はサービス利用前に認定証、確認証の提示がない場合は適用できません。

③ 高額介護サービス費

介護保険給付内のサービス利用料の、自己負担（負担割合証に応じたサービス利用料金）が、一定の上限額を超えた場合は、市町村に申請することにより、上限額を越えた分が払い戻されます。

3) 利用料金のお支払方法

① お支払方法は、原則、金融機関での支払い（口座振替・口座振込み）となります。

② 毎月 15 日以降に前月分の請求額を通知しますので、末日までにお支払いください。なお、口座振替の方は、毎月 25 日（その日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）に振替を実施しますので前日まで口座に準備をお願いします。

7.入居中の医療の提供

遠藤医院	遠藤睦美	嘱託医	鶴岡市板井川片荃 80
鶴岡協立病院	協力病院		鶴岡市文園町 9 - 3 4
鶴岡市立荘内病院	協力病院		鶴岡市泉町 4 - 2 0
あかざわ歯科医院	赤澤仁	協力歯科医	鶴岡市青柳町 4 2 - 3

8.入院された場合の対応について

6 日間以内の入院	退院後、再び当施設へ入居いただけます。なお、入院期間中は外泊時費用加算を算定します。
7 日間以上 3 か月以内	希望により退院後、再び入居いただけるよう居室を確保します。
3 か月以上入院となる場合	契約が解除されます。再び入居を希望される場合は、改めて入居のお申込みをいただく必要があります。

9.入退居の手続き

1) 入居手続きは、入居と同時に契約を結び、介護サービスの提供を開始します。

2) 退居手続き

① ご契約者から申し出があった場合

・退居を希望する日の 7 日前までにお申し出ください。

② 契約終了

- ・入居者がほかの介護保険施設に入居した場合。
- ・介護保険給付のサービスを受けていた入居者が要介護 2 以下の認定を受けた場合。
※協議において特例入所の要件に該当する場合は入所継続となります。
- ・入居者が死亡した場合。

③ 事業者からの申し出により退居していただく場合

- ・ご契約者によるサービス利用料金の支払いが、6 か月以上遅延し支払われない場合。
 - ・医療依存度が高く施設での対応が困難な身体・疾病状況になった場合。
 - ・入居者又はご家族が、故意又は重大な過失により、事業者、従事者又は他の入居者の生命、心身、財物、信用等を傷つけ又は著しい不信行為を行うこと等があった場合。
 - ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ※ なお、退居の際には、残置物は全てお引き取りいただきます。引き取りに必要な相当な期間が過ぎても残置物を引き取る義務を履行しない場合には、当該残置物を契約者に引き渡すものとします。但し、その引渡しに係る費用は契約者の負担とします。

10.プライバシーの保護

入居者に対してサービスを提供する上で知り得た情報は、契約期間中はもとより契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

11.個人書類の開示方法

入居者の金銭管理、介護記録、看護日誌等の開示は、随時事務所にて受け付けます。なお、上記書類は、身元引受人のみの開示とさせていただきます。（閲覧ができる窓口の業務時間 8:30～17:30）

12.身体拘束について

当施設では身体拘束は行いません。ただし、入居者やご家族の希望又は緊急やむを得ない場合にはこれを行うことがあります。その場合、入居者やご家族又は各専門職で十分検討した後、「身体拘束に関する説明書」に内容を記載して同意をいただきます。その後、経過観察記録に記録し随時検討して改善に努めます。

13.高齢者虐待防止について

当施設では、別途定める「高齢者虐待防止に関する指針」に基づき、全職員を挙げて虐待の防止に取り組みます。

14.感染症・食中毒の予防について

当施設は、別途定める「感染症・食中毒の予防及び蔓延の防止の為の指針」に基づき、感染症や食中毒の予防及び蔓延防止に努めます。万が一、クラスターが発生した場合でも、別途定めるBCP（事業継続計画）により本事業が継続できるように尽力していきます。

15.第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況について直近なし。

16.緊急時の対応方法

入居者の様態急変及び事故が発生した場合は、下記のご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

項目	緊急連絡先（第1）	緊急連絡先（第2）
氏名	入居者との 関係	入居者との 関係
住所		
電話番号	※ 自宅・勤務先等（ ） - -	※ 自宅・勤務先等（ ） - -
携帯番号	- -	- -
	緊急連絡先（第3）	
氏名	入居者との 関係	
住所		
電話番号	※ 自宅・勤務先等（ ） - -	
携帯番号	- -	

17.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、身元引受人等、山形県や鶴岡市および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な処置を講じ、事故の状況や事故に際して取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。

18.非常災害対策

防災時の対応	防災計画に則る（非常連絡召集体制及び近隣協力員体制）
防災設備	屋内消火栓 5 基、スプリンクラー、自動火災報知設備、非常通報装置
防災訓練	年 4 回以上実施
防災責任者	施設長 小野寺 幸則

19.その他施設利用にあたっての留意事項

項目	留意事項
所持品の持込	できるだけご自宅に近い環境で暮らせるよう、今まで使用してきた家具等の身の回り品をご持参ください。家具や電化製品は準備しておりませんので居室を確認の上、必要なものをご準備願います。
部屋割	心身の状態などから判断し、介護の都合上、居室は、施設にて決定させていただきます。また、入居後も心身の状態などに変化が見られた場合は、居室の変更をお願いする場合があります。

面会	<ul style="list-style-type: none"> ・面会は9：30から16：30までです。面会の際は、受付窓口の「面会名簿」に記入してください。感染症の拡大状況によっては、お断りします。 ・入居者に食べ物などをお持ちの場合は、職員に声を掛けてください。
外出・外泊	ご家族の付き添いがあれば自由です。その都度「外出外泊届」を提出願います。感染症の拡大状況によっては、お断りします。
食事	食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。6(1)に定める「食費」は1日単位で請求から除きます。
金銭・貴重品の管理	預り金、介護や医療の被保険者証などお預かりしております。
設備・器具の利用	本来の用途に従ってご利用ください。これに違反して損害が発生した場合、賠償していただくことがあります。
ハラスメント行為	他の利用者及び職員に対して、ハラスメントとみられる言動（相手が不快と感じる言動）は禁止します。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内で他の利用者に対する宗教活動、政治活動、営利活動、喫煙、飲酒はご遠慮下さい。 ・ペットの持ち込み、飼育はお断りします。 ・職員へのお心付けは、一切お受けしていません。

20. サービス内容に関する相談・苦情

① 事業所と法人本部の相談、要望、苦情受付の窓口（担当者）

項目	役職、氏名	電話、FAX
事業所担当	生活相談員 富樫 恵美子	0235-53-2300 FAX：53-2828
法人苦情解決責任者	常務理事 伊藤 貫正	同上
法人苦情相談窓口	事務局長 土田 尚也	同上

② 苦情相談第三者委員

氏名	住所	電話
長南 達夫	鶴岡市上田沢	0235-55-2611
佐藤 優	鶴岡市青柳町	0235-23-2066
小野寺 智子	鶴岡市東岩本	

③ 地域行政などの相談窓口

機関名	所在地	電話番号
鶴岡市長寿介護課	鶴岡市馬場町 9-25	0235-25-2111
山形県国民健康保険団体連合会	寒河江市大字寒河江字久保 6	0237-87-8006

重要事項説明の同意書

特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）の介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、入居者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

[説明者] 特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）

職名：

氏名：

印

私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）の介護サービスの提供を受けることに同意しました。また、特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）の利用に関する個人情報の使用についても同意しました。

令和 年 月 日

[入居者]

住所

氏名

[身元引受人]

住所

氏名

入居者との関係

電話番号 - -

私は、入居者が本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、特別養護老人ホームかたくり荘（ユニット型）の介護サービスの提供を受けることに同意したことを確認しましたので、入居者に代わって署名を代行します。

[署名代行者]

住所

氏名

入居者との関係

電話番号 - -