

ケアハウス聖頌園（地域密着型特定施設入居者生活介護）

重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な特定施設入居者生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 ケアハウス聖頌園
指定番号 第1791700014号
所在地 石川県鳳珠郡穴水町字上野壺字1番地
管理者の氏名 新谷真由美
電話番号 0768-52-3370
FAX番号 0768-52-3255
サービスを提供する地域 穴水町

(2) 事業所の従者体制

| | 職務の内容 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
|-----------------|--------------------------------|-----|-----|-----|
| 管理者 | 業務の一元的な管理 | 1名 | 名 | 1名 |
| 生活相談員 | 生活相談及び指導 | 1名 | 名 | 1名 |
| 看護師もしくは 准看護師 | 心身の健康管理、口腔衛生の機能チェック及び指導、保健衛生管理 | 0名 | 4名 | 4名 |
| 介護職員 | 介護業務 | 12名 | 1名 | 13名 |
| 機能訓練指導員 | 身体機能の向上・健康維持のための指導 | 0名 | 0名 | 0名 |
| 計画作成担当者 | 特定施設サービス計画の作成等 | 2名 | 名 | 2名 |

(3) 設備の概要

定員 29名

○介護居室 29室

利用者の居室は、原則個室（定員1名）とし、ベッド・枕元灯・ロッカー等を備品として備えています。ただし、利用者の処遇上必要と認められる場合は定員2名とすることもできます。

○一時介護室 1室

介護を行うために適当な広さを確保します。

○食堂 3室

利用者の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、利用者の全員が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

○浴室 3室（一般浴室2・機械浴1）

浴室には利用者が使用しやすい適切なものを設けます。

○便所

各居室ごとに設置し、非常用設備を備えます。

○機能訓練室 1室

利用者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ①食事 入所者の健康に配慮した食事を食堂において提供致します。特に医師の指示がある場合はその指示により特別の食事を提供致します。
朝食 7:00～、昼食 12:00～、夕食 18:00～

①入浴

入浴又は清拭を週2回以上行います。

一般入浴が困難な方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

②排泄

排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、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します。

④その他自立への支援

契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

身体の機能を低下させないためにも、できる限り離床に配慮します。

生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

シーツの交換は週に1回、寝具の消毒は、月に1回実施します。

(2) その他のサービス

①理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申し出ください。(料金は理美容事業者へ直接お支払いいただきます。)

②所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限にお願い致します。

③レクリエーション

年間を通して事業所内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合がございます。(利用期間中に行われる場合)

④ショッピング

月1回嗜好品の販売を行っております。料金は販売事業者へ直接お支払いいただきます。(利用期間中に行われる場合)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該特定施設入居者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

介護報酬告示の額

別紙、ケアハウス聖頌園料金表参照

その他の費用

ア 生活支援費

利用者又はご家族の依頼を受け、預り金(現金)の管理として、500円/月を入所者預金・現金管理要綱に基づきご負担いただきます。(出納がない場合でも現金をお預かりした場合を含みます。)

イ その他

- ・理美容代は実費(理美容事業者へ直接お支払いください。)
- ・利用者の嗜好品の購入、行事への参加費など諸々の費用は実費(販売事業者へ直接お支払いください。)

ウ 記録等の複写物に関する費用

サービス提供に関する記録の複写物に関する実費額は、1 複写につき 10 円です。

エ 電源使用料 1 ヶ月 900 円

オ 通院介助費 1 回 500 円

カ その他 実費

5. サービス利用にあたっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。
- ②利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- ③事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年 1 回利用者及び従業員等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 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、ご家族、市町村、関係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執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。

9. 守秘義務に関する対策

事業所及び従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業員との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 相談担当者：管理者 新谷 真由美

ご利用時間：月～土曜日 8時30分～17時15分

ご利用方法 電話 0768-52-3370

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

穴水町役場、健康福祉課

石川県鳳珠郡穴水町字川島ラの174

電話番号 0768-52-3650

FAX番号0768-52-3320

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

石川県国民健康保険団体連合会

所在地 石川県金沢市幸町12-1

電話番号 076-262-5191

FAX番号076-261-5148

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

※苦情処理第三者委員

北川美恵子 鳳珠郡穴水町字大町い17 0768-51-0221

前田寿子 鳳珠郡穴水町字河内リ177 0768-52-0487

宮崎勝彦 鳳珠郡穴水町字岩車チ84 0768-56-1879

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

13. 協力医療機関

事業者は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようになっています。

協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 公立穴水総合病院 |
| 所在地 | 石川県鳳珠郡穴水町字川島夕の8番地 |
| 診療科 | 内科、外科、循環器科、整形外科、小児科、泌尿器科、眼科、皮膚科、産婦人科、耳鼻咽喉科 |

協力歯科医療機関

| | |
|---------|--------------------|
| 医療機関の名称 | まない歯科医院 |
| 所在地 | 石川県鳳珠郡穴水町字大町ろの21-2 |

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生については、ご入所様に故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

15. 短期利用の促進

家族介護者支援を促進する観点から、特定施設の空室における短期利用が可能となりました。

入院・外泊等で空室扱いとなる場合は、入所者様並びに家族の同意を得て、地域住民の要望に応えたいと思いますので、ご協力願います。

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービスの開始に当り、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 石川県鳳珠郡穴水町字上野壺字1

事業所名 ケアハウス聖頌園

(指定番号1791700014)

管理者名 新谷 真由美 印

説明者 新谷 真由美 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定特定施設入居者生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<利用者代理人(選任した場合)>

住所

氏名 印(続柄)

同 意 書

個人情報の保護に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備及び経過措置に関する政令（平成28年度個人情報保護委員会規則第3号）ガイドライン（通則編）他3編のガイドラインに基づき、適正に個人情報を利用することに

同意します。 同意しません。 （何れかに○印をつけてください。）

行政手続等にかかる代行に関する同意書
要介護認定に係る更新及び変更申請並びに介護保険高額サービス費申請等の行政手続等について、利用者に代わって行うことについて

同意します。 同意しません。 （何れかに○印をつけてください。）

令 和 年 月 日

社会福祉法人 牧羊福祉会
理事長 吉村 光広 殿

利用者 氏 名

印

同意者 住 所

氏 名

印
)

(続柄

個人情報（法第 2 条第 1 項関係）

1 この法律において「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

(1) 当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等（文書、図画若しくは電磁的記録（電磁的方式（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式をいう。次項第 2 号において同じ。）で作られる記録をいう。第 18 条第 2 項において同じ。）に記載され、若しくは記録され、又は音声、動作その他の方法を用いて表された一切の事項（個人識別符号を除く。）をいう。以下同じ。）により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）

(2) 個人識別符号が含まれるもの

個人情報の利用目的

共同生活住居において、家庭的な環境のもとで、本人がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、共同生活介護サービスの提供に努めるため。

施設内での具体的な個人情報と考えられる事項

- 居室前及び下足箱等の名札
- 誕生者の掲示
- 面会簿
- 広報、掲示板等の写真使用
- 事故等の内部報告
- 市町村及び病院並びに薬局等への情報提供
- 施設サービス計画及び評価並びにフェースシート・日常の記録等
- 費用の請求及び収受に関する事務
- 事業所内において行われるケース研究及び学生等の実習協力並びに業務の維持・改善のための基礎資料

ケアハウス聖頌園（地域密着型特定施設入居者生活介護）料金表

毎月の利用者負担額は下記の表より、①+②+③+④+⑤の合計となります。

| | |
|--|-------------------------------|
| ①介護保険自己負担分 （要介護度別基本サービス費の自己負担分 +個別機能訓練加算、夜間看護体制加算） | 別表1参照 |
| ②生活費 （食材料費及び共用部分に係る光熱水費、維持管理に要する費用） ※11月～3月は冬期加算4,000円/月が加算されます。 | 44,500円/月 (11～3月48,500円/月) |
| ③居住に要する費用（管理費） | 50,000円/月 |
| ④サービスの提供に要する費用（事務費） （入所者が負担すべき額として県知事が定める額を上限とする。別表2参照） | 50,500円/月 |
| ⑤その他実費（おむつ代、電源使用料900円/月、通院費1回500円、行事参加費等） | |

*短期利用者にお部屋を提供した日の管理費は算定されません。

別表1 利用料（参考）

| 介護度 | 基本サービス費自己負担分 ア | イ個別機能訓練加算 ウ夜間看護体制加算 エ医療機関連携加算 オサービス提供体制強化 加算（I） 処遇改善加算（総単位数の8.2% 特定処遇改善加算（総単位数の1.8%） | 参考月額金額 （30日） |
|-------|-------------------|--|-----------------|
| 要介護度1 | 535円/日 | 12円/日 10円/日 80円/月 | 123,167円 |
| 要介護度2 | 601円/日 | 18円/日 | 125,345円 |
| 要介護度3 | 670円/日 | | 127,622円 |
| 要介護度4 | 734円/日 | | 129,734円 |
| 要介護度5 | 802円/日 | | 131,978円 |

参考月額【要介護度1で対象収入が150万以下の方の場合（夏期）】

短期入所利用については、日割 計算となります。

別表2 ④サービスの提供に要する費用

| 対象収入による階層区分 | | 本人からの事務費徴収額（月額） |
|-------------|-----------------------|-----------------|
| 1 | 1,500,000円以下 | 10,000円 |
| 2 | 1,500,001円～1,600,000円 | 13,000円 |
| 3 | 1,600,001円～1,700,000円 | 16,000円 |
| 4 | 1,700,001円～1,800,000円 | 19,000円 |
| 5 | 1,800,001円～1,900,000円 | 22,000円 |
| 6 | 1,900,001円～2,000,000円 | 25,000円 |
| 7 | 2,000,001円～2,100,000円 | 30,000円 |
| 8 | 2,100,001円～2,200,000円 | 35,000円 |
| 9 | 2,200,001円～2,300,000円 | 40,000円 |
| 10 | 2,300,001円～2,400,000円 | 45,000円 |
| 11 | 2,400,001円～2,500,000円 | 50,000円 |
| 12 | 2,500,001円以上 | 50,500円 |

※この表における「対象収入」とは前年の収入（社会通念上収入として設定することが適当でないものを除く。）から、租税、社会保険料、医療費等の必要経費を控除した後の収入をいいます。

※夫婦で入居する場合には、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万以下に該当する場合の夫婦それぞれの事務費徴収額については、前項表の額から30%減額した額とします。この場合は100円未満切り捨てるものとします。

退院・退所時連携加算 30単位/日 入居から30日以内

看取り介護加算（医師が医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断し家族の同意が得られた場合）
死亡日以前4～30日（144円/日） 死亡日前日及び前々日（680円/日） 死亡日（1,280円/日）