

# 地域密着型特別養護老人ホームひめゆり 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、適正な地域密着型介護老人福祉施設入所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・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2. 施設の内容

### (1) (本施設)

施設名：特別養護老人ホーム梅香苑

所在地：熊本県阿蘇郡高森町大字高森 3175 番地

管理者の氏名：田代 元樹

電話番号：0967-62-3111

FAX 番号：0967-62-3122

(サテライト型)

施設名：地域密着型特別養護老人ホームひめゆり

所在地：熊本県阿蘇郡高森町大字高森 993 番地 8

電話番号：0967-62-1001

FAX 番号：0967-62-1003

### (2) 施設の従業者体制

|           | 職務の内容                           |       |
|-----------|---------------------------------|-------|
| 管理者       | 業務の一元的な管理                       | 1名    |
| 医師        | 健康管理及び療養上の指導                    | 1名    |
| 生活相談員     | 生活相談及び指導                        | 1名以上  |
| 介護支援専門員   | 地域密着型施設サービス計画の作成                | 1名以上  |
| 看護職員      | 心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理 | 1名以上  |
| 介護職員      | 介護業務                            | 14名以上 |
| 管理栄養士・栄養士 | 食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等              | 1名以上  |
| 機能訓練指導員   | 身体機能の向上・健康維持のための指導              | 1名以上  |

### (3) 設備の概要

定員 29 名

#### ①居室 29 室

入居者の居室は、ベッド、洗面台等を備品として備えます。

#### ②共同生活室

必要な広さを有するものとし、必要な備品を備えます。

#### ③浴室 3 室

浴室には入居者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のために特殊浴槽を設けます。

#### ④洗面所及び便所 9 室

必要に応じて各所に設けます。

## 3. サービスの内容

### (1) 基本サービス

#### ① 食事

- ・管理栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。

#### ② 入浴

- ・入浴又は清拭を週 2 回行います。
- ・重度であっても、身体状況に応じた設備を使用して入浴することができます。

#### ③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、入居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。

#### ⑤ 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。
- ・重度化防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、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。

### (2) その他のサービス

#### ①理美容

ご希望の方はお申出ください。

#### 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

年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。

#### ④ショッピング

#### 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、当該地域密着型介護老人福祉施設入所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。

##### □介護報酬告示額

| (1) 基本料金（1日当たり） |               | 利用者負担金 | 利用者負担金 | 利用者負担金 |
|-----------------|---------------|--------|--------|--------|
| 介護区分            | 介護サービス費       | (1割)   | (2割)   | (3割)   |
| 要介護1            | 6,820円（682単位） | 682円   | 1,364円 | 2,046円 |
| 要介護2            | 7,530円（753単位） | 753円   | 1,506円 | 2,259円 |
| 要介護3            | 8,280円（828単位） | 828円   | 1,656円 | 2,484円 |
| 要介護4            | 9,010円（901単位） | 901円   | 1,802円 | 2,703円 |
| 要介護5            | 9,710円（971単位） | 971円   | 1,942円 | 2,913円 |

##### (2) 加算料金等

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| ア 個別機能訓練加算                        | 1日につき 12円           |
| イ 初期加算（入居日より30日間）                 | 1日につき 30円           |
| （30日を超える入院後に再入居した場合にも、初期加算が算定される） |                     |
| ウ 療養食加算                           | 1回につき 6円            |
| エ 看護体制加算Ⅱ                         | 1日につき 23円           |
| オ 入院・外泊加算（1月に6日間）                 | 1日につき 246円          |
| カ 日常生活継続支援加算Ⅱ                     | 1日につき 46円           |
| キ 栄養マネジメント強化加算                    | 1日につき 11円           |
| ク 口腔衛生管理加算Ⅰ                       | 1月につき 90円           |
| ケ 褥瘡マネジメント加算                      | 1月につき 3円            |
| コ 科学的介護推進体制加算Ⅱ                    | 1月につき 50円           |
| サ 生産性向上推進体制加算Ⅱ                    | 1月につき 10円           |
| シ 安全対策体制加算                        | 入所時に1回 20円          |
| ス 介護職員処遇改善加算Ⅰ                     | 所定単位数に14%を乗じた単位数で算定 |

加算料金は介護保険負担割合が2割の方は上記記載額の倍額、介護保険負担割合が3割の方は上記記載額の3倍となります。

##### □その他の費用

##### (1) 居住費及び食費

| 所得段階    | 居室利用料  | 食費     |
|---------|--------|--------|
| 4（下記以外） | 2,066円 | 1,445円 |
| 3(2)    | 1,370円 | 1,360円 |
| 3(1)    | 1,370円 | 650円   |
| 2       | 880円   | 390円   |
| 1       | 880円   | 300円   |

##### (2) その他の費用（料金を明示したもの以外は、実費を徴収する）

ア、入院外泊時（7日目以降）の居室料負担金 1,000円（日額）

イ、理美容代

ウ、その他の日常生活費

- ・ 日常生活の身の回り品
- ・ 教養娯楽として日常生活に必要なもの
- ・ 健康管理費
- ・ 私物のクリーニング代（外部のクリーニング店が行うもの）
- ・ 外出、外泊、入院中のオムツ代
- ・ 行政手続きの費用

エ、サービス提供とは関係のない費用

- ・ 個人用の日用品で、個人の嗜好による「贅沢品」
- ・ 個人用の日用品で、個別の希望に応じて立替払いで購入した費用
- ・ 個人専用の家電製品の持込使用料 1台につき1日あたり50円
- ・ 全く個人の希望に応じ、施設が代わって購入する雑誌、新聞等の代金
- ・ 施設が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービス提供の範囲を超えるもの

□利用料のお支払方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求いたしますので翌月10日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア、施設事務室窓口での現金支払い。

イ、指定口座への振込（手数料は本人負担とさせていただきます）

ウ、金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関名：肥後銀行

## 5. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、入居者に退去していただくこととなります。（利用契約書第20条参照）

- ① 入居者が要介護認定において、自立又は要支援と認定された場合。
- ② 入居者の著しい不信行為により、この契約を継続することが困難となった場合。
- ③ 入居者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設でのサービスの提供では適さないと判断された場合。
- ④ 入居者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合。もしくは入院した場合。

※ 入居者が病院又は診療所に入院した場合の対応について（利用契約書第7条）

## 6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報下さい。
- ② 入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけて下さい。
- ③ 施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮下さい。

④従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

⑤入居者が経管栄養を必要とし、経鼻経管栄養法で4週間以上経管栄養が必要な場合は、胃瘻による経管栄養法をご考慮下さい。

## 7. 非常災害対策

施設は、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消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。

## 8. 緊急時の対応

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

## 9. 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。

## 10. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居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、従業者との雇用契約の内容としています。

## 11. 入居者の尊厳

入居者の人権・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。

## 12. 身体拘束の禁止

原則として、入居者の事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、その態様及び時間、その際の入居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。

## 13. 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。

苦情解決責任者 : 田代 元樹 (併設特養施設長)

ご利用相談室窓口担当者 : 山村 裕史 (生活相談員)

ご利用時間 : 8時30分～18時00分

ご利用方法 : 電話0967-62-1001

(なお、上記日・時間外でも受付し、担当者に連絡します。)

第三者委員 古庄秀子 監事 62-2365 高森町高森1952-5

瀬井幸一 監事 62-2001 高森町高森2027-6

※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。

◇高森町役場 健康推進課 介護保険係

所在地 : 熊本県阿蘇郡高森町大字高森 2168 番地

電話番号 : 0967-62-1111 (代)  
FAX 番号 : 0967-62-1174  
受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

◇熊本県国民健康保険団体連合会

所在地 : 熊本県熊本市東区健軍2丁目4-10  
電話番号 : 096-214-1101  
FAX 番号 : 096-365-4188  
受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

◇熊本県福祉サービス運営適正化委員会 (県社協内)

所在地 : 熊本県熊本市中央区南千反畑3-7  
電話番号 : 096-324-5454  
FAX 番号 : 096-355-5456  
受付時間 : 9:00~17:00 (土日祝日を除く)

14. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

嘱託医

- ・名称：渡邊総合内科クリニック

協力医療機関

- ・阿蘇医療センター  
住所：熊本県阿蘇市黒川 1266
- ・熊本セントラル病院  
住所：熊本県菊池郡大津町大字室 955

協力歯科医院

- ・片山歯科医院
- ・三森歯科医院

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いたします。

15. 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居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、ご入居者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入居者様の置かれた心身の状況等を考慮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。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

有

無

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスに当たり、入居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。

〈施設〉

所在地 : 熊本県阿蘇郡高森町大字高森 993 番地 8  
施設名 : 地域密着型特別養護老人ホームひめゆり  
介護保険事業所番号 : 4392700102  
管理者氏名 : 田代元樹 印  
説明者 : \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書及び本書面により、施設から地域密着型介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け、同意しました。

〈入所者〉

住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

【代筆者】 \_\_\_\_\_

〈入所者代理人（選任した場合）〉

住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

〈身元引受人〉

住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

〈連帯保証人〉

住 所 : \_\_\_\_\_  
氏 名 : \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）