

**社会福祉法人みはら福祉会**  
**地域密着型特別養護老人ホーム 太陽の家 ウエスト**  
**重要事項説明書**

当施設は、介護保険の指定を受けています。  
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
指定年月日：平成 27 年 4 月 16 日  
(南あわじ市指定：第 2891700094 号)

当施設は、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの開始にあたり、施設の概要・提供されるサービス内容・契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1. 事業の目的と運営方針

当施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、入居者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ができるよう目指します。

また、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視しながら関係する市町村や介護保険サービス提供者等と密接な連携を図ります。

2. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 みはら福祉会	
法人所在地	兵庫県南あわじ市八木養宜上1018番地	
電話番号	0799-43-3100	
代表者氏名	理事長 井上 正人	
設立年月日	平成12年11月30日	

3. 施設の概要

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
施設の名称	地域密着型特別養護老人ホーム「太陽の家ウエスト」
施設の所在地	兵庫県南あわじ市神代国衛字門1259-1
電話番号	0799-43-2700
施設長（管理者）名	勝矢 将弘
開設年月日	平成27年4月16日

4. 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類・業務	配置人員
施設長	業務の一元的な管理	1 名
生活相談員	日常生活上の相談・援助	1 名
介護支援専門員	施設サービス計画書の作成	1 名
介護職員	日常生活上の介護	12 名 以上
看護職員	心身の健康管理	2 名 以上
管理栄養士	食事に関する栄養管理業務	1 名
機能訓練指導員	身体機能の維持・向上のための指導	1 名
医師（嘱託）	健康管理及び療養上の指導	1 名

\* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定時間数（40時間）で除した数です。

#### 5. 主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
医師	毎週水曜日 15:00～16:00
施設長	日勤 8:30～17:30
生活相談員	日勤 8:30～17:30
介護支援専門員	日勤 8:30～17:30
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出 7:00～16:00 日勤 8:30～17:30 遅出 10:00～19:00 準夜勤 13:00～22:00 深夜勤 22:00～8:00
看護職員	日勤 8:30～17:30 (夜間は交代でオンコール体制)
管理栄養士	日勤 8:30～17:30
機能訓練指導員	日勤 8:30～17:30

#### 6. 設備の概要

居室・設備の種類	備 考	
定員	29名	1ユニット10名×2、9名×1（全3ユニット）
居室	29室	入居者の居室は、ベッド・タンス・床頭台を備品として備えています。
トイレ		各ユニットに車いす用トイレ3室、及びトイレ付居室4室
洗面所		各居室に設置、及び各ユニットに設置
共同生活室	3室	各ユニットに設置
浴室	4室	各ユニットに一般浴槽 3か所 特殊浴槽 1か所

厨房	1室	
医務室	1室	

## 7. サービスの内容

### (1) 基本サービス

施設サービス計画の作成	○ 入居者の状態をアセスメントし、サービス計画書を作成します。
食 事	○ 朝食 7:30~8:30      昼食 11:45~12:45      夕食 18:00~19:00 ○ 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。 ○ 入居時は、ご自宅で使い慣れた茶碗・箸・湯呑をご持参していただいております。
入浴	○ 入浴又は清拭を週2~3回行います。 ○ 身体状況に応じた設備を利用して入浴することが可能です。
排泄	○ 入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立について適切な援助を行います。
機能訓練	○ 入居者の心身等の状況に応じて運動や体操等を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
その他自立への支援	○ 自立支援のため離床して食堂にて食事を摂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に配慮します。 ○ 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1回実施します。

### (2) その他のサービス

理美容	○ 毎月、理美容の機会を設けておりますので、ご希望の方は申出ください。
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。行事によっては別途参加費がかかるものもございます。

## 8. 利用料金

### □介護報酬告示額

#### (1) 基本料金（1日あたり）

介護区分	介護サービス費用			自己負担額	
要介護1	6,820	円	682	単位	682 円
要介護2	7,530	円	753	単位	753 円
要介護3	8,280	円	828	単位	828 円
要介護4	9,010	円	901	単位	901 円
要介護5	9,710	円	971	単位	971 円

介護保険の負担割合が2割負担となる方は1日あたりの自己負担額が2割負担となり、3割負担となる方は1日あたりの自己負担額が3割負担となります。

#### (2) 加算料金等

上記表の要介護度別サービス利用料金に別途、下記の料金が加算されます。

(1日あたりの自己負担額を表記)

ア 個別機能訓練加算（Ⅰ）	1日につき	12円
イ 個別機能訓練加算（Ⅱ）	1月につき	20円
ウ 栄養ケアマネジメント強化加算	1日につき	11円
エ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1日につき	22円
オ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1日につき	18円
カ サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日につき	6円
キ 看護体制加算（Ⅰ 1）	1日につき	12円
ク 看護体制加算（Ⅱ 1）	1日につき	23円
ケ 夜勤職員配置加算（Ⅱ 1）	1日につき	46円
コ 日常生活継続支援加算（Ⅱ）	1日につき	46円

#### サ 介護職員処遇改善加算

介護保険 1 割負担金（加算含む）に 13.6%乗じた額が加算されます。（小数点以下は切り捨て）

シ 協力医療機関連携加算	1月につき	100円
	1月につき	50円
ス 退所時情報提供加算	1回	250円

#### セ 初期加算

新規入居された場合、入居した日から起算して30日以内の期間に1日30円を加算します。

また、30日を超える病院又は診療所への入院後に施設に入居されたときも同様となります。

#### ソ 療養食加算 1食につき6円（1日3食を限度とする）

入居者の症状等に応じて、主治医より入居者に対し、疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、厚生労働大臣に示された療養食が提供された場合に加算されます。

#### タ 口腔衛生管理加算（Ⅰ） 1月につき 90円

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入居者に対し、口腔ケア計画を作成し、口腔ケアを月2回以上行った場合に算定されます。

#### チ 口腔衛生管理加算（Ⅱ） 1月につき 110円

加算（Ⅰ）の要件に加え、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を行った場合に算定されます。

#### ツ 再入所時栄養連携加算 1回につき 200円

入居者が医療機関に入院し、経管栄養または嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合に加算されます。

#### テ 自立支援促進加算 1月につき 300円

利用者の尊厳保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用症候群や寝たきりの防止等の観点から、施設利用者の日々の過ごし方に対するアセスメントや生活全般における計画に基づくケアなどについて評価した場合に加算されます。

#### ト 安全対策体制加算 1回 20円

#### ナ 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 1月につき 40円

#### ニ 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） 1月につき 50円

入居者・利用者ごとの、ADL値、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（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬状況等の情報）を厚生労働省に提出している場合に加算されます。

ヌ 在宅サービスを利用した時の費用 1日につき 560円

入居者に対し居宅における外泊を認め、当該入居者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合に加算されます。（1ヶ月に6日を限度とする）

ネ 経口移行加算 1日につき 28円

現に経管により食事を摂取しており、経口による食事の摂取を勧めるための栄養管理が必要であるとして、医師の指示を受けた方が対象になります。

他職種協働により経口移行計画を作成し、計画に基づき栄養管理を行います。入居者又はご家族の同意を得た日から起算して180日以内の期間に限り、加算されます。ただし、180日を超えて実施される場合でも、経口による食事が一部可能なものであって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取を勧めるための栄養管理が必要とされる場合にあっては、引き続き経口移行加算が算定されます。

ノ 経口維持加算Ⅰ 1月につき 400円

ハ 経口維持加算Ⅱ 1月につき 100円

経口で食事が摂取できるものの摂食機能障害を有し、誤嚥が認められることから継続して経口による食事の摂取を勧めるための特別な管理が必要であるものとして、医師の指示を受けた方が対象となります。

他職種協働により入居者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、栄養管理の場合に、入居者又はご家族の同意を得た月から起算して6ヶ月以内の期間に限り、加算されます。

ただし、6ヶ月を超えて実施される場合でも、引き続き誤嚥が認められ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な栄養管理が必要であるものとして医師の指示がなされ、特別な栄養管理の継続について、入居者又はご家族の同意が得られた場合に引き続き経口維持加算が算定されます。

ヒ 看取り介護加算

終末期の入居者について、本人又はご家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合、死亡日以前45日を上限として加算されます。

死亡日以前45日～31日	1日につき	72円
死亡日以前30日～4日	1日につき	144円
死亡日前日・前々日	1日につき	680円
死亡日		1280円

フ 退所時等相談援助加算

<u>退所前訪問相談援助加算</u>	1回	460円	（退所前の指導）
<u>退所後訪問相談援助加算</u>	1回	460円	（退所後の指導）
<u>退所時相談援助加算</u>	1回	400円	（退所時の相談援助）

退所前連携加算

1回 500円 (居宅介護支援事業者に必要な情報提供、  
退所後居宅サービスの利用に関する調整)

へ 外泊時費用加算 1日につき246円

ご契約者が、入院又は外泊された場合は、1ヶ月に6日(月をまたがる場合は最大12日)を限度として、所定単位数に代えて算定します。

入院の状況	施設利用料金	居住費	食費
入院当日及び退院当日	通常料金	通常料金	通常料金
入院翌日から6日間	246円	通常料金	不要
入院翌日から7日以降	不要	基準費用額	不要

※外泊時の利用料金も入院時取扱いと同じです。

- ご契約者が入院期間中において、居室がご契約者のために確保されている場合は、通常料金の居住費をご負担いただきます。(介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、居住費の負担限度額分をご負担いただきます。)

但し、事業者が居室(空床)を短期入所生活介護に利用した期間は、居住費をお支払して頂く必要はありません。

- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更いたします。

- ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については上表と異なることがあります。

□その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」【基準費用額】

ユニット型個室	2066円(1日あたり)
食費	1600円(1日あたり)

\*介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

(2) 運営基準で定められた「その他の費用」

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

特別な食事	実費相当額	○ ご契約者の希望に基づいて、特別な食事を提供した場合
理美容	1回2000円	○ ご契約者の希望に基づいて、出張業者による理美容を実施した場合
レクリエーション クラブ活動	実費相当額	○ ご契約者の希望によってレクリエーションや余暇活動に参加し、材料費等の必要経費が発生した場合
複写物の交付	1枚10円	○ ご契約者は、サービス提供についての記録いつでも閲覧できます。求めがあれば記録のコピーも交付します。
日常生活上必要となる 諸費用実費		○ 日常生活に必要な物品を入居者又は家族が購入することが困難な場合は、施設が購入を代行します。 費用は代金の実費を頂きます。 ○ おむつ代は介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

口座引落とし手数料	○ ご利用料金の口座引落としに係る費用として、月額300円をご負担頂きます。
買物代行手数料	○ ご契約者の希望に基づき、施設敷地外の店舗等で日常生活品等の購入を代行した場合、1回あたり100円をご負担頂きます。
酸素使用料	○ ご契約者が、必要に応じ利用中に酸素を使用した場合、その使用量に応じ料金をご負担頂きます。 1ℓにつき 3円

#### □利用料金のお支払方法

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算して請求いたします。

入居時に手続きしていただく金融機関口座から翌月27日に自動振替いたします。

(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

#### 9. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記協力医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。)

協力医療機関名	所在地	診療科
医療法人社団中正会 中林病院	南あわじ市神代国衙1680-1	内科・外科・耳鼻科・泌尿器科 整形外科・消化器内科・皮膚科
三條天羽歯科	南あわじ市市三條1195-5	歯科

#### 10. サービス利用にあたっての留意点

当施設の利用にあたっては、施設に入居されている利用者の共同生活の場として、快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

持ち込みについて	○ 特別な制限はございませんが、電化製品や大型家具の持ち込みについては、入居の際にご相談ください。
面会	○ 9時～20時30分を面会時間として設けております。 ○ 面会時の食べ物、飲み物等の持ち込みは、健康管理上及び衛生管理上の理由により、職員にお申し出ください。
外出・外泊	○ 外出・外泊される場合は、事前にお申し出ください。 ただし、外泊については、原則として最長で月7日(月をまたがる場合は最大で13泊)とさせていただきます。 ○ 外出・外泊の際は、所定の届出用紙にご記入をお願いします。
外出や外泊等に伴う食事のキャンセル	○ 食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。葬儀への参加など緊急やむを得ない場合には、当日になってもかまいません。

	○外泊期間中の食費はいただきません。（外泊される日と外泊から帰ってこられる日は通常料金をいただきます。）
施設・設備の使用上の 注意点	○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。 ○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚した場合には、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代償をお支払いいただく場合があります。 ○施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。 ○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。 ○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
宗教・政治活動	○宗教等の信仰については利用者本人又は家族の自由となりますが、当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
飲 酒	○医療上の制限がないうえで、どのように楽しんで頂くかを事前に検討し、決められた内容に従って頂きます。 原則、夕食時に共同生活室での飲酒とします。
喫 煙	○施設建物内、敷地内は禁煙となっています。

### 1 1. 介護職員による喀痰・吸引等の実施について

施設では、厚生労働省の通知（平成22年4月1日医政発0401第17号厚生労働省医政局長通知）を受け、入居者に対する口腔内（咽頭の手前まで）の痰の吸引、胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）のケアの一部の行為を配置医、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が協働して実施する方針としております。

これらのケアは、特別養護老人ホームにおける他の医療的なケアと比べ、医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性が低いとされており、また、施設内においても介護職員への研修体制の整備、配置医による看護職員・介護職員への指導の実施、「医療的ケアの安全対策委員会」による実施状況の把握や研修内容の見直しを定期的に行うなど、入居者の安全確保に向けて最善を尽くします。

### 1 2. 非常災害対策

施設では、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2回以上、入居者及び従業者等の訓練を行います。

### 1 3. 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、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。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。

#### 14. 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、市町村及び関係諸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は、損害賠償を速やかに行います。

#### 15. 守秘義務に対する対策

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。

#### 16. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシーの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。

#### 17. 身体拘束の禁止

原則として、入居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入居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、その際の入居者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 18. ハラスメント防止対策

当施設におけるハラスメントを防止し、介護サービスの円滑な利用につなげるため、下記の対応を行います。

ハラスメント責任者	施設長 勝矢 将弘
介護現場におけるハラスメント	介護主任 池田 剛
受付担当者・相談窓口	看護師 松林 千代美

- ・下記のような職員へのハラスメントは固くお断りしています。
- ・ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。
  - (1) 身体的暴力（回避したため危害を免れたケースを含む）  
例：ものを投げる、叩かれる、蹴られる
  - (2) 精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）  
例：大声を出す、理不尽な要求をする
  - (3) セクシャルハラスメント  
（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的いやがらせ行為）  
例：不必要に身体を触る、抱きつく、卑猥な言動を繰り返す

#### 19. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により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、入居者様に故意又は過失が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。

## 20. 虐待防止について

施設では入居者様に人権の擁護・虐待の防止等のため、身体拘束・虐待防止委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ると共に、虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。また入居者様及び家族様からの虐待等に関する苦情解決体制の整備を行います。

## 21. 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。

- |          |        |                    |
|----------|--------|--------------------|
| ○苦情受付担当者 | [氏名]   | 真口 昭子              |
|          | [職名]   | 生活相談員              |
|          | [受付時間] | 月曜日～土曜日 8：30～17：30 |
|          | [連絡先]  | (0799) 43-2700     |
| ○第三者委員   | [氏名]   | 長船 吉博              |
|          | [連絡先]  | (0799) 52-2251     |

[氏名] 野口 泰嗣

[連絡先] (0799) 26-3123

○苦情解決責任者 [氏名] 勝矢 将弘

[職名] 施設長

相談や苦情は、面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が受け付けます。

なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることできます。

さらに、第三者委員は苦情解決を円滑に図るため、双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

\* 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。

兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号 電話番号 (078) 332-5617 FAX番号 (078) 332-5650 受付時間 9:00~17:15 月~金曜日
南あわじ市役所 市民福祉部長寿・保険課	所在地 南あわじ市市善光寺22番地1 電話番号 (0799) 43-5217 FAX番号 (0799) 43-5317 受付時間 8:30~17:15 月~金曜日

## 地域密着型特別養護老人ホーム 太陽の家 ウエスト 重要事項説明書 同意書

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域密着型特別養護老人ホーム 太陽の家 ウエスト

説明者職名（生活相談員）氏名 真口 昭子 ⑩

私は、本書面により、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入所者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

入居者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

入居者の家族 住所 \_\_\_\_\_  
もしくは代理人 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
続柄 \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_  
(※上記と同じ場合は省略) 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩  
続柄 \_\_\_\_\_