

介護老人福祉施設 重要事項説明書

1 事業の目的

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況等に応じて処遇を妥当適切に行うものとする。

2 事業の概要

事業所名	西湘老人ホーム
所在地	神奈川県小田原市早川853番地
事業所番号	神奈川県 1472300159号
指定年月日	平成12年1月11日
管理者・連絡先	鈴木 仁 0465-24-1181 (代)
併設するサービス	短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護） 通所介護（介護予防・日常生活支援総合事業） 居宅介護支援事業所（介護予防支援） 地域包括支援センター

3 施設の職員体制等（令和6年4月1日現在）

職 種	人 員	
	常 勤	非 常 勤
管 理 者	1名	
医 師	1名	1名
生 活 相 談 員	1名	
介 護 職 員	34名	6名
看 護 職 員	3名	5名
介 護 支 援 専 門 員	2名	
管 理 栄 養 士	1名	
調 理 員	5名	3名

事務員	3名	
機能訓練指導員		1名

4 業務内容

職種	従事するサービス種類、業務内容
管理者	業務の一元的な管理
医師	健康管理及び、療養上の指導
生活相談員	生活相談及び、指導
介護職員	介護業務
看護師	健康管理、保健衛生管理
介護支援専門員	施設サービス計画作成
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導
調理員	調理業務
事務員	会計業務、保険請求事務、庶務関係
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持の指導

5 勤務体制

管理者		8:30 ~ 17:30
医師	月～金曜日	8:30 ~ 17:30
生活相談員		8:30 ~ 17:30
介護支援専門員		8:30 ~ 17:30
介護職	早番	7:30 ~ 16:30
	遅番	10:00 ~ 19:00
	日勤	9:30 ~ 18:30
	夜勤	16:00 ~ 9:30
看護師	早番	8:00 ~ 17:00
	中番	8:30 ~ 17:30
	遅番	9:30 ~ 18:30

管理栄養士		8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
調 理 員	早 番	6 : 1 5 ~ 1 5 : 1 5
	中 番	7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0
	遅 番	1 0 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0
事 務 職		8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0

6 設備の概要

入 所 定 員	1 1 8 名		
施設利用者の居室	一般棟	8 8 名	4 人部屋 - 2 2 室
	重度棟	3 0 名	4 人部屋 - 6 室
			1 人部屋 - 6 室
共 用 設 備	①居室洗面所	⑦浴室	⑬医務室
	②ベランダ	⑧脱衣室	⑭静養室
	③トイレ	⑨階段	⑮理容室
	④食堂	⑩機能回復訓練室	⑯面接室
	⑤フロアスペース	⑪屋上	⑰娯楽室
	⑥エレベータ	⑫サンルーム	⑱霊安室

7 当施設のサービスの方針

- (1) 利用者の皆様に喜んでいただけるよう、専門的介護技術と真心をもってサービスに努めます。常に、提供したサービスの質の管理・評価を行います。
- (2) 利用者の意志及び人格を尊重し、常にその方々の立場に立ったサービスの提供を心掛けます。
- (3) サービス提供にあたり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動制限をすることはいたしません。

8 サービス内容

(1) 食事	特 養	重 度 棟
	朝食 7 : 4 5 ~	朝食 7 : 3 0 ~
	昼食 1 2 : 0 0 ~	昼食 1 2 : 0 0 ~
	夕食 1 8 : 0 0 ~	夕食 1 8 : 0 0 ~

- (2) 介護 食事、着替え、排泄等の介助、おむつ交換、体位交換、施設内移動の付添い、その他日常生活動作能力に応じて必要な介助を行う。
レクリエーションの実施。
- (3) 入浴 最低、週2回入浴可能です。（状態により、特別浴又は清拭となる場合があります。）
- (4) 機能訓練 利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- (5) 健康管理 医師、看護師による健康相談及び健康診断等、療養上の援助。
- (6) 理容 月1回、理容サービスを実施しております。（料金は自己負担）
ただし、理容業者来所時のみ利用可能です。

9 利用料金及び利用者負担

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービス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。

基本料金、加算料金及び食費、居住費は別表（3）を、その他の費用は別表（1）（2）によりご負担いただきます。

10 利用料の支払い

- (1) サービスが介護保険の適用を受ける場合には、サービス費の1割（一定以上の所得がある方は2割又は3割）をお支払いいただきます。
- (2) 入所者は、当月分の食費及び居住費について、自己負担額を施設にお支払いいただきます。
- (3) 施設は当月の利用料の請求に明細を付して入所者に請求し、翌月27日に入所者の指定した口座より自動引き落としいたします。27日が休業日の場合は翌営業日の引き落としとなります。

11 サービス利用時の留意事項

- (1) 入所者は、居室及び共用施設、敷地の利用方法に関し、その本来の用途に従って利用します。利用者の責に基づき破壊した場合、原状に復していただきます。
- (2) 入所者は、居室内の清潔、整理等環境衛生の保持を心掛けます。
- (3) 外出・外泊する場合には、入所者又は身元保証人は、事前に外泊（出）届を提出していただきます。
- (4) 入所者は、事前に連絡をして、衛生管理上許容可能な一定時間、食事の取り置きを求めることができます。
- (5) 入所者への面会の際は、その都度面会者カードにご記入いただきます。又、施設の承認を受けることなく宿泊することはできません。
（面会時間 午前10：00 ～ 午後3：00）

- (6) 金銭・貴重品は、基本的に持ち込みできません。それらの管理をご希望の方は、別表(1)施設サービス利用料をいただきます。
- (7) 喫煙等、嗜好品は施設にて管理させていただきますが、ご希望の方はご相談ください。飲食物の持ち込みはご遠慮ください。
- (8) 衣類等個人用の持ち物には、必ず名前を記入しておいて下さい。
- (9) 施設外での受診については、ご家族で付添いをお願いします。
- (10) 施設、従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お断りしています。

12 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、必要な設備を整えるとともに、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回以上入所者及び従業者等の訓練を行います。

13 緊急時の対応

サービス提供時に入所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。
(協力医療機関 間中病院)

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には、損害賠償を速やかに行います。

15 虐待防止のための対策

施設は虐待防止に努めるため、虐待防止対策委員会を設置し、指針に基づき定期的な研修を行います。虐待が疑われる事案が発生した場合は対策を講じます。

16 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

17 業務継続計画の策定等

施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講じます。職員に計画を周知し、定期的な研修や訓練、見直しを行っていきます。

18 研修機会の確保

施設は、全ての施設従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護保険法第8条第2

項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者その他これに類する者を除く) に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。また、従業員の資質向上のために研修機会を設けます。

19 ハラスメントに対する対策

施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

20 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

お客様相談窓口	電話番号	0465-24-1181 (代)
	fax番号	0465-24-1184
	管理者	鈴木 仁
	対応時間	8:30 ~ 17:30

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

神奈川県国保連合会	所在地	神奈川県横浜市西区楠町27番地1
	電話番号	045-329-3447
	対応時間	8:30 ~ 17:15

小田原市高齢介護課	所在地	神奈川県小田原市荻窪300
	電話番号	0465-33-1827
	対応時間	8:30 ~ 17:15

	所在地	
	電話番号	
	対応時間	

第三者委員申し出窓口

青木 祐伸	電話番号	0465-23-2522
矢崎 文子	電話番号	0465-23-2889

21 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 西湘福祉会
代表者名	理事長 鈴木 仁
法人所在地 電 話	神奈川県南足柄市塚原 2 1 6 1 番地 0 4 6 5 - 2 4 - 1 1 8 1 (代)
業務の概要	介護老人福祉施設 在宅介護支援事業（居宅介護支援 通所介護事業 短期入所介護事業 介護予防支援事業） 地域包括支援事業 保育所
事業所数	7ヶ所

【説明確認欄】

令和 年 月 日

前記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 神奈川県南足柄市塚原 2161 番地

事業者 社会福祉法人 西湘福祉会

代表者 理事長 鈴木 仁 印

説明者 印

前記のとおり説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

施設利用者 [住 所]

[氏 名] 印

代 理 人 [住 所]

() [氏 名] 印

身元保証人 [住 所]

[氏 名] 印

別表 (1)

介護老人福祉施設
西湘老人ホーム

施設サービス利用料のご案内

施設サービスの利用	利用料金
日用消耗品代 歯ブラシ、ポリデント等	実費
個人専用の家電製品の 持込み電気代 (テレビ等)	日額 20円
財産の保全 銀行関係、年金証書関係	日額 30円
クラブ活動 書道、手芸等	参加者 実費
利用者が選定する特別な食事 (特別なおやつの申込書に依り)	実費
その他施設利用者が必要とし、 施設が認めたサービス	実費

理美容代	訪問理美容師への実費支払 1回 1,700円 但し、体調等により ベッド上でのカット 1回 2,200円
------	--

別表 (2)

介護老人福祉施設 西湘老人ホーム

栄養補助食品及び、特別なおやつサービスの申込書

利用者	氏名	(印)		
	住所		医師 確認印	利用者 確認印
提供開始日	食品名	内容	栄養士 確認印	相談員 確認印
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				
年 月 日				

別表 (3)-1

介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割）

区 分	金 額	内 容 の 説 明	
基本額	要介護1	616円	1日あたりの負担額です
	要介護2	689円	
	要介護3	765円	
	要介護4	838円	
	要介護5	910円	
加算額	夜間職員配置加算Ⅲ2	17円	1日につき
	外泊時費用	257円	1日につき（月6日限度）
	初期加算	32円	1日につき（30日限度）
	療養食加算	7円	1回につき（1日3回まで）
	サービス提供強化加算Ⅱ	19円	1日につき
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 介護職員等ベースアップ等支援加算		月により変動します
	看取り介護加算（Ⅰ）		基準に適合する利用者に対し算定
<p>※ 負担金＝単位数（加算含む）×10.45（地域加算）を計算した合計額の10%です。 2割負担者は上記金額の×2、3割負担者は上記金額の×3の金額となります。</p> <p>※ 加算は対象者または、サービスを実施した場合に算定します。</p> <p>※ 介護職員処遇改善加算は、利用者毎の月の合計×処遇改善率8.3%です。</p> <p>※ 介護職員等特定処遇改善加算は、利用者毎の月の合計×処遇改善率2.3%です。</p> <p>※ 介護職員等ベースアップ等支援加算は、利用者毎の月の合計×処遇改善率1.6%です。</p>			

別表 (3)-2

介護給付対象外の費用（一日につき）

食費及び居住費（基準費用額と負担限度額一覧）

	食費	従来型個室	多床室
基準費用額	1, 445円	1, 171円	855円
負担限度額 (第3段階②)	1, 360円	820円	370円
負担限度額 (第3段階①)	650円	820円	370円
負担限度額 (第2段階)	390円	420円	370円
負担限度額 (第1段階)	300円	320円	0円

※ 居住費・食費について、介護保険限度額の認定を受けている方（利用者負担段階第1～第3段階の方）の場合、その認定証に記載された金額が1日あたりのご負担料金となります。

※ 各段階の本人負担額と国の基準額との差額が、特定入所者介護サービス費として介護保険より給付されます。