わきあいあい苑重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
（山口県指定　第３５７７２００３００号）

当施設はご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護３～５」と認定された方が対象となります。

１．施設経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人　和木三志会

（２）法人所在地　　山口県玖珂郡和木町瀬田４丁目１番１号

（３）電話番号　　０８２７－５４－０３４５

（４）代表者氏名　　理事長　木村　俊之

（５）設立年月日　　平成１１年４月１日

２．ご利用施設

（１）施設の種類　　指定介護老人福祉施設・平成１２年４月１日指定

（２）施設の目的　　指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。

この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

（３）施設の名称　　特別養護老人ホーム　わきあいあい苑

（４）施設の所在地　　山口県玖珂郡和木町瀬田４丁目１番１号

（５）電話番号　　０８２７－５４－０３４５

（６）施設長氏名　　村中　義信

（７）当施設の運営方針

当施設は、施設介護サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者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にすることを目指すものとする。

（８）開設年月日　　平成１１年４月１日

（９）入所定員　　５３名

３．居室の概要

（１）居室等の概要

居室・設備の種類	室　　数	備　　考
個室（１人部屋）	１７	
２人部屋	１	
４人部屋	１２	
合　　計	３０	
食　　堂	１	
浴　　室	２	
医務室	１	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

☆居室の変更：ご利用者及びご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

４．職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉

職　　種	職　員
１．施設長（管理者）	１
２．ケアスタッフ	２４
３．生活相談員	１
４．看護職員	５
５．機能訓練指導員	１（兼務）
６．介護支援専門員	２
７．医師	２（嘱託）
８．管理栄養士	１

〈主な職種の勤務体制〉

職　　種	勤　務　体　制
１．医師	毎週火・金曜日
２．ケアスタッフ	標準的な時間帯における最低配置人員
	早出　７：００～１６：００　２名
	日勤　８：３０～１７：３０　２名
	日勤ﾊﾟｰﾄ８：３０～１７：３０　２名
	遅出　１０：００～１９：００　２名
	夜勤　１５：３０～１０：００　２名
３．看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日勤　８：３０～１７：３０　１名

☆日曜は上記と異なります。

５．当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

（１）利用料金が介護保険から給付される場合
（２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（１）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第３条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（９割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事

・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご利用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。

（食事時間）

朝食　７：３０～８：１５　　昼食　１２：００～１２：４５

夕食　１７：３０～１８：１５

②入浴

・入浴又は清拭を週２回行います。

・寝たきりの方でも機械浴槽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、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④健康管理

・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑤その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できるだけ離床に配慮します。

・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。

〈サービス利用料金（１日あたり）〉（契約書第７条参照）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

（単位：円）

	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１．ご利用者の要介護度とサービス利用料金	５，８９０	６，５９０	７，３２０	８，０２０	８，７１０
２．うち、介護保険から給付される金額	５，３０１	５，９３１	６，５８８	７，２１８	７，８３９
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	５８９	６５９	７３２	８０２	８７１
３１日間ご利用	１８，２５９	２０，４２９	２２，６９２	２４，８６２	２７，００１
※一定以上所得がある方の自己負担額の例：２割	１，１７８	１，３１８	１，４６４	１，６０４	１，７４２

	利用料	自己負担：１割	自己負担：２割	自己負担：３割
日常生活継続支援加算	360 円	36 円／日	72 円／日	108 円／日
栄養マネジメント強化加算	110 円	11 円／日	22 円／日	33 円／日
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	500 円/月	50 円／月	100 円／月	150 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	30 円/月	3 円／月	6 円／月	9 円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	130 円/月	13 円／月	26 円／月	39 円／月
排泄支援加算（Ⅰ）	100 円/月	10 円／月	20 円／月	30 円／月
ADL 維持加算	300 円/月	30 円／月	60 円／月	90 円／月
生産性向上推進体制加算	100 円/月	10 円／月	20 円／月	30 円／月
看護体制加算（Ⅰ）	40 円	4 円／日	8 円／日	12 円／日
看取り介護加算（１）	720 円	72 円／日	144 円／日	216 円／日
看取り介護加算（２）	1,440 円	144 円／日	288 円／日	432 円／日
看取り介護加算（３）	6,800 円	680 円／日	1,360 円／日	2,040 円／日
看取り介護加算（４）	12,800 円	1,280 円／日	2,560 円／日	3,840 円／日
福祉施設外泊時費用	2,460 円	246 円／日	492 円／日	738 円／日
福祉施設初期加算	300 円	30 円／日	60 円／日	90 円／日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		所定単位数× 17.6 %×（自己負担割合）		

居住費・食費の負担額

	①居住費／日	②食　費／日	①＋②（３１日間）
利用者負担第一段階	０円	３００円	９，３００円
利用者負担第二段階	４３０円	３９０円	２５，４２０円
利用者負担第三段階①	４３０円	６８０円	３４，４１０円
利用者負担第三段階②	５３０円	１，４２０円	６０，４５０円
利用者負担第四段階	９１５円	１，５４５円	７６，２６０円

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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します。

☆ご利用者が、６日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（契約書第１８条、第２１条参照）

１．サービス利用料金	２，４６０円
２．うち、介護保険から給付される金額	２，２１４円
３．自己負担額（１－２）	２４６円

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第４条、第５条参照）

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。

〈サービスの概要と利用料金〉

①理容・美容

［理髪サービス］

月に１回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり２０００円

［美容サービス］

月１回、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

利用料金：１回あたり２０００円

②貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預けいれている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書

○保管管理者：施設長

○利用料金：１か月当たり　　１５００円

（利用者負担第１段階、および利用日数が１０日未満の方の負担はありません）

③レクリエーション活動

ご契約者の希望によりレクリエーションに参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

１枚につき　　１０円

⑤日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

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。

⑥契約書代１９条に定める所定の料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

１．ご契約者の要介護度	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
料金	５，８９０円	６，５９０円	７，３２０円	８，０２０円	８，７１０円

ご利用者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合　５，７３０円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２か月前までにご説明します。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第５条参照）

前期（１）、（２）の料金・費用は、１か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（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。）

ア．下記指定口座への振り込み

ＪＡ山口県和木支所　普通預金　２０８５７９３

社会福祉法人和木三志会　理事長　木村　俊之

イ．金融機関口座からの自動引き落とし

ＪＡ山口県和木支所

（４）入所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、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

①協力医療機関

医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構岩国医療センター
所在地	岩国市愛宕町１丁目１番１号

医療機関の名称	独立行政法人国立病院機構広島西医療センター
所在地	大竹市玖波四丁目１番１号

医療機関の名称	医療法人　錦病院
所在地	岩国市錦見七丁目１５の７

医療機関の名称	岩国市医療センター医師会病院
所在地	岩国市室の木町三丁目６番１２号

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	悠デンタルクリニック
所在地	玖珂郡和木町和木２－３－１９

６．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。したがって、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、ご利用者に退所していただくことになります。（契約書第１３条参照）

①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
②事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
③施設の滅失や、重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
④当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）

⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第１４条、第１５条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の７日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご利用者が入院された場合
③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第１６条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

①ご契約者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②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、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
④ご利用者が連続して３か月以上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
⑤ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

＊ご利用者が病院等に入院された場合の対応について＊（契約書第１８条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①検査入院等、６日間以内の短期入院の場合

６日間以内入院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。
但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。
１日あたり　２４６円

②７日以上３か月以内の入院の場合

３か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③３か月以内の退院が見込まれない場合

３か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

（３）円滑な退所のための援助（契約書第１７条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

○適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
○居宅介護支援事業者の紹介
○その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

７．身元引受人（契約書第２１条参照）

契約締結にあたり、身元引受人のお願いをいたします。ただし身元引受人を立てることができない相当の理由がある場合、事業者と協議のうえ方法を決定します。

また、身元引受人は次の場合の責任を負います。

○利用者が疾病等で医療機関に入院される場合、入院手続が円滑に進むように協力すること。
○契約が終了する場合、事業者と連携して利用者の状態に見合った受け入れ先の確保に努めること。
○利用者が死亡された場合の遺体及び遺留金品の引き受けその他必要な措置をすること。

８．苦情の受付について（契約書第２６条参照）

（１）当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）
［職名］生活相談員　　上田　七恵

苦情解決責任者　　施　設　長　　村中　義信

○受付時間　毎週月曜日～金曜日
８：３０～１７：３０

また、苦情受け付けボックスを事務所前に設置しています。

（２）行政機関その他苦情受付機関

和木町役場 保健福祉課	所在地　山口県玖珂郡和木町和木一丁目１－１ 電話番号　０８２７－５２－２１３５ 受付時間　月曜　～　金曜　8:30　～　17:15
岩国市健康福祉部 介護保険課	所在地　山口県岩国市今津町１丁目 電話番号　０８２７－２９－２５１１
大竹市保健介護課 介護高齢者係	所在地　広島県大竹市小方１丁目１１番１号 電話番号　０８２７－５９－２１４４
山口県社会福祉協議会 福祉サービス苦情 解決委員会	所在地　山口県山口市大手町９－６ 山口県社会福祉会館内　℡０８３（９２４）２８３７ 受付時間　月曜日　～　金曜日　8:30　～　17:15
山口県国民健康保険団体連合会　苦情相談室	所在地　山口県山口市朝田１９８０－７ 国保会館１階　℡０８３（９９５）１０１０ 受付時間　月曜日　～　金曜日　9:00　～　17:00

（３）苦情解決第三者委員

○苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置しています。

	住　所	連絡先
藤　本　正　明		
湯　淺　正　行		
森　田　眞須美		

〈円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順〉

①ご意見・ご相談受付票（苦情受付票）に記載。
②苦情についての事実確認を行う。
③処理について関係者との連携を行う。
④苦情処理方法を記載し、管理者決裁。
⑤苦情処理の改善について利用者に確認を行う。
⑥対応後の今後の課題について記載。
⑦苦情処理は１日以内に行うことを原則とする。

９．事故発生時の対応について

（１）事故発生時には速やかに、応急措置、救急搬送の要請など、ご利用者の生命、身体の安全を最優先に対応いたします。

（２）前記の対応後、直ちにご家族に連絡し、その時点で明らかな範囲で事故の状況をご説明し、当面の対応について協議いたします。併せて関係市町村に連絡いたします。

（３）事故の経過、原因等を整理分析し、事故再発防止対策を検討いたします。

（４）発生した事故の責任が当事業所にある場合は、損害賠償を速やかに行います。

１０．非常災害対策について

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、計画に基づき、年２回入所者および従業者等の訓練を行います。

１１．守秘義務について（契約書第９条参照）

（１）事業者、サービス従事者または従業員は、介護福祉施設サービスを提供するうえで知り得た利用者又は契約者等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

（２）事業者は、利用者に医療上緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

（３）事業者は、利用者またはその家族に関する個人情報について、利用者の介護に関係した必要な範囲内でのみ、サービス担当者会議等において情報提供できるものとします。

〈個人情報を利用させていただく範囲〉

①主治医との連携（病歴等）

②施設等への入所あるいは入院が決まった場合の入所、入院先施設（病歴等）

③研修会、勉強会の事例検討（ただし、この場合、実名住所等本人を特定できない配慮を行います。）

④提供したサービスに関する請求事務など介護保険事務

⑤当事業所のサービス維持・改善に関する基礎資料作成

⑥当事業所で行われる学生等の実習教育のため

⑦国保連合会や保険者からの照会

⑧監査機関、サービス評価機関への情報提供

⑨損害保険会社への相談・届出

⑩その他、特に目的を特定し同意を得て収集した個人情報について、その利用目的に沿う範囲

１２．虐待の防止のための措置について

（１）高齢者の尊厳の保持・人格の尊重を重視し、権利利益の擁護に資することを目的に、高齢者虐待の防止とともに高齢者虐待の早期発見・早期対応に努め、高齢者虐待に該当する行為については行いません。

（２）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、研修を年２回以上実施し、介護職員その他の従業者に周知徹底を図り、虐待防止に努めます

１３．身体拘束について

（１）当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため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を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、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を記録します。

（２）身体的拘束等の適正化を図るため、指針を整備し、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を３月に１回以上開催するとともに、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施し、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

１４．入所者の安全並びに介護サービスの質の確保等

（１）施設は、業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入所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を定期的に開催します。

１５．緊急時等における対応方法

（１）サービス提供を行っているときに、入所者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、施設の医師及び協力医療機関の協力を得て、当該医師及び当該協力医療機関との連携方法その他の緊急時における対応方法を定めておきます。

（２）前項の医師及び協力医療機関の協力を得て、１年に１回以上、緊急時等における対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行います。

令和　　年　　月　　日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設　わきあいあい苑

説明者職名　　生活相談員　　氏名　　上　田　七　恵　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印