

重要事項説明書

(地域密着型特定施設入居者生活介護 ケアハウスわだの里)

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

| | |
|--------|----------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 慈照会 |
| 法人所在地 | 静岡県静岡市清水区由比阿僧189番地の1 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者氏名 | 理事長 田邊 寿 |
| 電話番号 | 054-377-1177 |
| 設立年月日 | 平成11年 1月21日 |

3. ご利用施設

| | |
|-------------|------------------|
| 施設の名称 | ケアハウスわだの里 |
| 施設の所在地 | 静岡県富士市今泉1丁目11番7号 |
| 施設長名 | 倉田 聡 |
| 電話番号 | 0545-53-9916 |
| FAX番号 | 0545-53-7022 |
| 開設年月日 | 平成21年 8月 1日 |
| サービスを提供する地域 | 富士市 |

4. 施設の従事者体制

(1) 職員配置

2024年 4月 1日 現在

| 従業者の職種 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 職務内容 |
|--|------|-----|------|--------------------------------------|
| 施設長(管理者) | 1人以上 | — | 1人以上 | 理事長の命を受け、ケアハウス・小規模多機能型居宅介護施設の総統括 |
| 生活相談員 | 1人以上 | — | 1人以上 | 入所や入所者様の生活相談 |
| 計画作成担当者 | 1人以上 | | 1人以上 | サービス計画の作成等 |
| 看護師もしくは准看護師 (1名は機能訓練指導員を兼務、1名は機能訓練指導員と介護職を兼務) | 1人以上 | | 1人以上 | 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 |
| 介護職員 | 7人以上 | | 7人以上 | 介護業務 |
| 機能訓練相談員 | 1人以上 | | 1人以上 | 身体機能の向上・健康維持のための指導(予定) |
| 事務員 | 1人以上 | | 1人以上 | 利用料の請求等の地域密着型特定施設入居者生活介護施設にかかる経理等の事務 |
| 管理栄養士又は栄養士 | 1人以上 | | 1人以上 | 献立作成・栄養管理 |
| 調理員 | 1人以上 | | 1人以上 | 入所者様への食事提供業務 |

(2) 職員勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|---------------|--|
| 施設長 | 勤務時間 (8:30～17:30) |
| 生活相談員 | 勤務時間 (8:30～17:30) |
| 計画作成担当者 | 勤務時間 (8:30～17:30) |
| 介護職員 | 業務7 (7:00～16:00) 業務8 (8:00～17:00) 業務9 (9:00～18:00) 業務10 (10:00～19:00) 業務13 (13:00～22:00) 業務15 (15:00～24:00) 業務22 (22:00～ 7:00) 夜勤2 (23:30～ 8:30) 業務24 (24:00～ 9:00) |
| 看護職員(機能訓練指導員) | 勤務時間 (8:30～17:30) 夜間については、交替で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 |
| 事務員 | 勤務時間 (8:30～17:30) |
| 管理栄養士 | 勤務時間 (8:30～17:30) |
| 調理員 | 勤務時間 (6:00～ 8:00) (11:00～13:00) (16:00～18:00) |

5. 施設設備の概要

(1) 建 物

耐火構造 延べ床面積 1245.31㎡

(2) 設 備

| 設備の種類 | 室 数 | 床面積(㎡) |
|--------|-----|---------|
| 居室(単身) | | |
| ユニット1 | 11 | 179.046 |
| ユニット2 | 9 | 147.035 |
| 居間・食堂 | | |
| ユニット1 | 1 | 77.168 |
| ユニット2 | 1 | 74.260 |
| 浴 室 | | |
| ユニット1 | 1 | 7.191 |
| ユニット2 | 1 | 7.191 |
| 脱 衣 室 | | |
| ユニット1 | 1 | 4.274 |
| ユニット2 | 1 | 4.274 |
| 洗 濯 室 | 1 | 5.047 |
| ト イ レ | 11 | 25.660 |

(3) 居室状況

| 居室タイプ | 室 数 | 床面積(㎡) | 洗面台 | クローゼット | 冷暖房 |
|--------|-----|---------|-----|--------|-----|
| 洋室(単身) | 2 | 18.000 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 2 | 16.613 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 4 | 16.500 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 3 | 16.033 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 3 | 15.978 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 2 | 15.950 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 2 | 15.758 | 有 | 有 | 有 |
| 洋室(単身) | 2 | 15.703 | 有 | 有 | 有 |
| 合 計 | 20 | 326.081 | — | — | — |

6. 営業日

365日、24時間

7. サービス内容

(1) 基本サービス

① 食 事

- ・あらかじめ作成する献立に基づき、利用者様の身体状況及び嗜好を考慮し、栄養バランスのとれた食事を提供します。

食事時間 : 朝食 7:00～ 9:00
 昼食 12:00～14:00
 夕食 17:00～19:00

② 入 浴

- ・入浴または清拭を1週間に2回以上行います。

③ 排 泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者様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

- ・看護職員、介護職員、相談員が共同して個別機能訓練計画書を作成し、計画的に機能訓練を行い、日常生活動作の維持及び以下の防止に努めます。

⑤ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限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。
- ・シーツの交換は週1回以上実施します。

(2) その他のサービス

① 理美容

- ・ご希望の都度、地域の理容室や訪問美容で対応します。

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

- ・施設レクリエーション事業計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。
また、地域行事に積極的に参加します。

④ 買い物

- ・日常の行為とします。

8. 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。

介護報酬告示額

(1) 基本料金

ア. 法定給付(自己負担分)

| 介 護 度 | 単位数(1日) | 本人負担額(1月/30日) | | |
|-------|---------|---------------|---------|---------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 要介護1 | 546単位 | 16,610円 | 33,219円 | 49,828円 |
| 要介護2 | 614単位 | 18,678円 | 37,356円 | 56,034円 |
| 要介護3 | 685単位 | 20,838円 | 41,676円 | 62,514円 |
| 要介護4 | 750単位 | 22,815円 | 45,630円 | 68,445円 |
| 要介護5 | 820単位 | 24,945円 | 49,889円 | 74,834円 |

※上記の他に、協力医療機関連携加算、科学的介護推進体制加算、介護職員等処遇改善加算などが加算されます。
また、利用者様の状態、職員の体制などによる、加算が生じる場合がございます。

イ. 法定給付外

| 区 分 | | 料 金(1ヶ月) | 備 考 |
|---------------|-------|---------------------------------|---|
| 生活費 | 一般生活費 | 46,940円 | 食材費、共営費、水・光熱費(供用部分) |
| | 冬季加算 | 2,150円 | 11月～3月 |
| サービスの提供に要する費用 | | 10,100円～77,500円 | 前年収入により、徴収額に幅があります。 |
| 居住に要する費用 | | 60,000円 | |
| その 他 | | ご希望により、ご利用いただいた右記サービスの合計額となります。 | カーテン 1,300円 寝 具 6,200円 家 具 700円 おむつ(実費) 教養娯楽費(実費) 予防接種(実費) 等 |

※その他は、事業者(法人)が提供するものを使用する場合の費用となります。
詳細は、利用料金表に提示します。

※居室における水・光熱費

| | |
|----------------|----------|
| 電 気 料 | 月額4,000円 |
| 水 道 料 | 月額1,000円 |
| テレビ電気代(持ち込みの方) | 月額 150円 |
| 冷蔵庫(小型・持ち込みの方) | 月額 500円 |

ウ. 入居金(保証金) 300,000円

※退所時の居室の原状回復費用等

エ. 居住に要する費用の一部前納金 600,000円(5年償却/任意となります。)

※「居住に要する費用」の一部を前納していただくことにより、入居初月より5年間、毎月お支払いただく「居住に要する費用」が、月額10,000円減額され、50,000円となります。
入居期間が5年に満たない場合は、月額返還します。

9. サービス利用に当たっての留意事項

- ・利用者様又はそのご家族は、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。
- ・利用者様、施設内の機械及び器具を利用される際には、必ず従業者に声をかけて下さい。
- ・施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮下さい。
- ・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。

10. 非常災害対策

非常災害その他緊急事態に備え、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、利用者様及び従業者等の訓練を行います。

| | | | | |
|----------|---|-----|---------|-----|
| 非常時の対応 | 「わだの里消防計画」に基づき対応いたします。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 富士市今泉、吉原、伝法地区 | | | |
| 平常時の訓練等 | 「わだの里消防計画」に基づき年2回以上 | | | |
| 防災設備 | 設 備 名 称 | 個数等 | 設 備 名 称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 有 | 防火扉 | 有 |
| | 避難階段 | 有 | 屋内消火栓 | 有 |
| | 自動火災報知器 | 有 | 非常通報装置 | 有 |
| | 誘導灯 | 有 | 漏電火災報知器 | 有 |
| | 消火器 | 有 | 自家発電設備 | 有 |
| 消防計画 | カーテンは防災性能のあるものを使用しています。 消防署への提出日：平成21年 7月21日 防火管理者：倉田 聡 | | | |

11. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者様の病状が急変した場合などには、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡を行うなど必要な措置を講じます。

12. 事故発生時の対応

サービス提供時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。

13. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者様又はそのご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守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

14. 利用者様の尊厳

利用者様の人権・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。

15. 身体拘束の禁止

原則として、利用者様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、事前に利用者様及びそのご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、その際の利用者様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。

16. 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：窓口担当者 施設長 倉田 聡
ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分
ご利用方法：電 話 0545-53-9916

※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。

| |
|---|
| 富士市介護保険課 所在地：静岡県富士市永田町1丁目100番地 電話番号：0545-55-2863(直通) |
| 静岡県国民健康保険団体連合会介護保険課 所在地：静岡県静岡市葵区春日2丁目4-34 電話番号：054-253-5590 |

※苦情処理第三者委員

公正中立な立場で、苦情受付の相談にのっていただける委員です。

17. 協力医療機関等

下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者様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しています。

| 医療機関の名称 | 住 所 | 電 話 番 号 |
|----------|-----------------|--------------|
| 富士岡秋山医院 | 静岡県富士市富士岡1455番地 | 0545-34-0075 |
| 富士市立中央病院 | 静岡県富士市高島町50番地 | 0545-52-1131 |
| 聖隷富士病院 | 静岡県富士市南町3-1 | 0545-52-0780 |
| よねやま歯科医院 | 静岡県富士市今泉1-11-8 | 0545-52-0275 |

※緊急時連絡先

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。

18. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用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、利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用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。

令和 年 月 日

指定地域密着型特定施設入居者生活介護サービスの開始に当たり、利用者様に対して本書に基づいて重要事項を説明し、交付しました。

<説明者> ケアハウスわだの里

印

令和 年 月 日

私は、本書面により、上記説明者から指定地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについて重要事項の説明を受け、同意いたしました。

<利用者様>

住 所

氏 名

印

<利用者様代理人(選任した場合)>

住 所

氏 名

印(続柄 :)

(令和6年4月更新)