

介護老人福祉施設重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 秋桜会 特別養護老人ホームコスモスの里
所在地	高知県高岡郡日高村沖名1番地
管理者名	井上 章
電話番号	0889-20-1616
FAX番号	0889-20-1618
事業者指定番号	第3972500189号

2. 設備の概要

定員	80名		
居室	個室	34室	1室 13.50㎡以上
	2人部屋	15室	1室 21.52㎡以上
	4人部屋	4室	1室 45.14㎡以上
食堂	5室	16.48㎡ ～ 99.78㎡	
機能訓練室	1室	交互滑車運動器（4人用）、平行棒（3.5m）等	
浴室	1室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	
医務室	2室	25.02㎡以上	

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	職務の内容	常勤	非常勤	計
施設長	職員・業務の管理	○		1名
医師	入所者の健康保持		○	1名
生活相談員	入所者、家族への助言・援助	○		1名
機能訓練指導員	生活機能改善・維持の訓練実施	○		1名
管理栄養士	献立作成	○		1名
調理員	調理業務			業務委託
事務職員	事務全般の管理・その他関係事務	○		1名
介護支援専門員	計画作成、進行管理、評価	○		1名
介護	看護職員	○		3名以上
	介護職員	○		24名以上

(2) 主な職種の勤務体制（定員80人）

職種	勤務体制
医師	週 1回以上 9:00 ～ 13:00 の間
生活相談員	8:30 ～ 17:30 （月～金）
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 5名以上
	日勤1 : 8:30 ～ 17:30 1名以上
	日勤2 : 10:00 ～ 19:00 5名以上
	遅出 : 14:00 ～ 23:00 5名以上
	夜勤 : 19:00 ～ 8:30 5名以上
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日中 : 8:30 ～ 17:30 1名以上

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

- ①採用時研修 採用後1ヶ月以内
- ②継続研修 年2回以上

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

<サービスの内容>

種 類	内 容
排 せ つ	・ 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、1日に適切な回数の交換を行います。
入 浴	・ 年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。
機 能 訓 練	・ 機能訓練指導員により、入所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低下を防止するための訓練を実施します。
健 康 管 理	・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。
年 間 行 事	・ 季節に応じた行事を行います。 春：花見、夏：夏祭り、秋：運動会、冬：クリスマス会 など ・ 屋外プログラムとして遠足も行っています。 ・ 毎月、誕生日会・喫茶等を行っています。
洗 濯	・ 衣類等は当施設で洗濯します。但し、本人希望によりクリーニングを利用された場合には実 費が必要となります。
そ の 他	・ 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。 ・ 入所者ごとの口腔ケアを行います。

<サービス利用料金>

サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

要 介 護 度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介 護 保 険	サービス費	5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円
	日常生活継続支援加算Ⅰ	360円				
	看護体制加算（Ⅰ）口	40円				
	看護体制加算（Ⅱ）口	80円				
	夜勤職員配置加算（Ⅲ）口	160円				
	個別機能訓練加算（Ⅰ）	120円				
	栄養マネジメント強化加算	110円				
自 己 負 担 額	上記合計 （負担割合書1割の方）	676円	746円	819円	889円	958円
	上記合計 （負担割合書2割の方）	1,352円	1,492円	1,638円	1,778円	1,916円
	上記合計 （負担割合書3割の方）	2,028円	2,238円	2,457円	2,667円	2,874円

※ 上記のほか、自己負担額として介護職員処遇改善加算Ⅰ（一月のサービス費に各種加算を足した総単位数に14%を乗じた単位数）が加算されます。

※ 上記のほか、状況により次の費用が加算される場合があります。（自己負担１割での計算）

- （１）初期加算：入所後３０日以内または３０日を越える入院後再入所した場合は、上記サービス費の自己負担額に３０日を限度とし１日につき３０円加算。
- （２）外泊時費用：入院または居宅で外泊した場合は、上記サービス費に代えて１日２４６円加算。（１月に６日を限度）。
- （３）経口移行加算：経管により食事を摂取する方で、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づき経口移行計画を成し栄養管理を行う場合は、自己負担額に２８円加算。
- （４）療養食加算：医師の指示に基づく療養食を提供した場合は、一食につき自己負担額６円加算。
- （５）看取り介護加算：看取りについてご本人、ご家族からの希望により施設で終末期を過ごす場合に算定。
- （６）口腔衛生管理加算Ⅱ：口腔衛生管理加算Ⅰの歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に月２回以上の口腔ケアを行う。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、当該情報その他の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していること。自己負担額に月額１１０円加算。
- （７）科学的介護推進体制加算Ⅰ：入所者・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を厚生労働省に提出していること。自己負担額に月額４０円加算
- （８）科学的介護推進体制加算Ⅱ：入所者・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等の情報を、厚生労働省に提出していること。自己負担額に月額５０円加算
- （９）ADL維持等加算Ⅰ：利用者（評価対象利用期間が６月を超える者）の総数が１０人以上であること。
利用開始月と当該月の翌月から起算して６月目においてBarthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。自己負担額に月額３円加算
- （１０）ADL維持等加算Ⅱ：ADL維持等加算（Ⅰ）の①と②の要件に満たすこと。評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が２以上であること。自己負担額に月額６円加算
- （１１）褥瘡マネジメント加算Ⅰ：入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、３月に１回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報を活用する。評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成する。
自己負担額に月額３円加算
- （１２）褥瘡マネジメント加算Ⅱ：褥瘡マネジメント加算Ⅰの算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。
自己負担額に月額１３円加算
- （１３）個別機能訓練加算Ⅱ：個別機能訓練加算Ⅰを算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報、その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。自己負担額に月額２０円加算。
- （１４）排せつ支援加算Ⅰ：排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師または医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、６月に１回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報を活用する。評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる人について、医師、看護師、介護支援専門員が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施する。自己負担額に月額１０円加算
- （１５）排せつ支援加算Ⅱ：排せつ支援加算Ⅰの算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない、またおむつ使用ありから、使用なしに改善していること。自己負担額に月額１５円加算。

※ 一定以上所得者は、利用者負担割合が２割または３割となります。それ以外の方は、利用者負担割合が１割となります。（ご自身の負担割合証をご確認ください。）

※ サービス利用に係る自己負担額（月額）が37,200円（ただし、市町村民税非課税者等は、24,600円又は15,000円、老齢福祉年金受給者等は15,000円）を超えた部分は、高額介護サービス費として払い戻し手続きがあります。

(2) その他の介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種 類	内 容	利 用 料 金
食 事	・ 栄養士（管理栄養士）の作成する献立表により、栄養、利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ 食事は、できるだけ離床してとっていただけるよう配慮します。 『標準的な食事時間』 朝 食 7：45 ～ 昼 食 12：00 ～ 夕 食 18：00 ～	（基準費用額） 1日当たり 第1段階 300円 第2段階 390円 第3段階① 650円 第3段階② 1,360円 第4段階 1,445円
理 髪 ・ 美 容	・ 理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	実 費
クラブ活動 レクリエーション	ご希望により、クラブ活動やレクリエーションにご参加いただけます。 ・ クラブ活動等 ・ レクリエーション行事予定は、前頁のとおりです。	実 費
日常生活品の購入等	・ 日常生活消耗品等の購入	実 費

※ 上記のほか居住費として1日当たり、下記の自己負担があります。

居住費	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,231円
多床室	0円	430円	430円	430円	915円

(3) 利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月10日前後までに請求しますので、月末迄に下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ①窓口で現金払い
- ②銀行振込：高知銀行 伊野支店 普通預金 0450924 理事長 前田 尚男
- ③口座引き落とし（ご利用できる金融機関：高知銀行、JAコスモス、郵便局）

※ 保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行します。

5. 協力医療機関

(1) 整形外科・内科・リハビリ科・麻酔科

名 称	医療法人 前田会 前田 病院
所 在 地	高知県高岡郡越知町越知甲2133番地

(2) 歯科

名 称	片岡歯科
所 在 地	高知県吾川郡いの町上八川甲 1 9 4 1-4

6. 相談窓口、苦情対応

(1) 苦情対応の概要

利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員を置き、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及びご家族に説明いたします。

(2) 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。

当社お客様相談窓口	電話番号	: 0 8 8 9 - 2 0 - 1 6 1 6
	F A X 番号	: 0 8 8 9 - 2 0 - 1 6 1 8
	相談員（責任者）	: 平井 亮
	対応時間	: 月曜日 ~ 金曜日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

(3) 日々の小さな苦情に迅速に対応するため、第三者の苦情相談員（オンブズマン）を設置しています。

※毎月一回施設訪問していただき、入所者の方と直接対話していただいております。

苦情相談員氏名	坂本 喜代子 ・ 森 千枝
電話番号	0 8 8 9 - 2 0 - 1 6 1 6

(4) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

市町村介護保険相談窓口 日高村役場 健康福祉課	所在地	: 高知県高岡郡日高村本郷 6 1 - 1
	電話番号	: 0 8 8 9 - 2 4 - 5 1 1 1
	F A X 番号	: 0 8 8 9 - 2 4 - 7 9 6 6
	対応時間	: 月曜日～金曜日 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所 在 地	: 高知市丸ノ内 2 - 6 - 5
	電話番号	: 0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 0
	F A X 番号	: 0 8 8 - 8 2 0 - 8 4 1 3
	対応時間	: 8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施していない。

8. 緊急時等における対応方法

施設サービスの提供を行っているときに、入所者に病状の急変などが生じた場合は、速やかに主治医（協力機関）への連絡を行うなど、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

(1) 事業者は、利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、前項の事項の状況及び事故に際してとった処置について記録します。

(3) 事業所は、利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。

12. 身体拘束廃止・虐待防止の推進

(1) 利用者の人権の擁護、虐待防止、身体拘束廃止を推進することを目的として、委員会及び介護職員その他の職員に対する研修を定期的に行います。

13. 感染症対策

(1) 感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じています。

- ① 感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を定期及び必要に応じて開催するとともに、その結果を介護職員その他の職員に周知する。
- ② 感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を整備しています。
- ③ 介護職員その他の職員に対し、感染症又は食中毒の予防及び蔓延の防止のための研修を定期的の実施しています。
- ④ 上記に掲げるもののほか、別に厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿って対応します。

14. 非常災害時

- (1) サービスの提供中に天災その他の災害等の事態が生じた場合、当施設が定める防災計画及び災害時BCPIに基づき、利用者の避難等安全を確保するための措置を講じます。
- (2) 非常災害時の具体的な対応方法、避難経路及び関係機関との連携等を常時確認します。
- (3) 事業者は、非常災害時に備え、定期的に総合防災訓練を行います。

15. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	面会時間 8:30 ~ 20:00 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
外出	外出される場合には、事前にお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外での喫煙はお断りいたします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
その他	洗濯は当施設で行いますので、衣類には必ず名前をお書き下さい。

16. 空床利用について

入院中のベッドを、ご本人及びご家族より了承を得て、短期入所生活介護の居室として使用させて頂く場合があります。

17. 入退去に当たって留意いただく事項

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) 第2条に基づく、契約期間が満了したとき
- (2) 第5条に基づき、事業者から解約されたとき
- (3) 第6条に基づき、利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- (4) 第7条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- (5) 利用者が要介護認定の更新において、自立・要支援又は、要介護2以下と認定されたとき。

但し、以下のやむを得ない事情に該当する要介護1、2の方は、特例的に入所が認められること（特例入所）があります。

- ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること

- ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること
 - ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
 - ④ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること
- (6) 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- 1 利用者が他の介護保険施設に入所した場合
 - 2 利用者が死亡したとき
- (7) 利用者又は利用者代理人等からの暴行、脅迫、ひどい暴言、不当な要求等の著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）があり、改善の見込みがないとき

【 説明確認欄 】

介護老人福祉施設契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 〒781-2152
高知県高岡郡日高村沖名 1 番地

事業者名 社会福祉法人 ^{しゅうおうかい} 秋 桜 会
特別養護老人ホームコスモスの里

説 明 者 生活相談員 平井 亮

介護老人福祉施設契約の締結にあたり、上記の内容を理解しました。

利用者 住 所

氏 名

(代筆者) 住 所

氏 名

続 柄

身元引受人 住 所
(家族代表者)

氏 名

続 柄