

## 介護老人福祉施設重要事項説明書

令和元年 11 月 1 日現在

### 1. 当施設のサービスについての相談窓口

電話番号	0772-43-2011(代)
担当者	上野千鶴

### 2. 施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム虹ヶ丘
所在地	京都府与謝郡与謝野町字岩屋小字庄内600番地3
連絡先	TEL 0772-43-2011(代) FAX 0772-44-2060
施設長氏名	石本晃一
介護保険指定番号	京都府指定第72000029号

### 3. 運営方針

<p>虹ヶ丘は「ホームのようなまち、まちのようなホーム」を目標としています。 施設介護サービス部門では、居室は全室を個室とし、使いなれた家具を持ち込んでいただき、ご家族の方にもゆっくり面会をしていただけます。 障害があってもできるだけ「あたりまえの暮らし」を実現するようにお手伝いしたいと考えています。</p>
---

### 4. 職員体制（ ）内は兼務

	常勤	非常勤	合計	備考
管理者	0(1)	0	0(1)	社会福祉士・介護支援専門員
生活相談員	0(2)	0	0(2)	介護福祉士・介護支援専門員
介護支援専門員	0(3)	0	0(3)	介護福祉士・介護支援専門員
介護職員	29(1)	3	32(1)	介護福祉士、看護師、2級ヘルパー/初任者研修
介護補助員	0	4	4	介護福祉士、初任者研修
看護職員	4	(1)	5	看護師・准看護師
機能訓練指導員	0	(1)	(1)	看護職員が兼務
栄養士	1(2)	0	1(2)	管理栄養士、栄養士、調理師
調理員	6(2)	3	9(2)	管理栄養士、栄養士、調理師
事務員	1	0	1	
医師	0	2	2	
その他	0	5	5	夜間監視員

### 5. 設備の概要

定員	50名	医務室	1室
居室	50室(全室個室)	食堂	4ヶ所
浴室	一人用浴槽(4)寝たきり浴槽(1)	デイルーム	4ヶ所
		機能訓練室	1室
		ギャラリー	各スペース

### 6. 入居対象者と退居手続

入居	入居対象となる方は要介護3から5と認定された方及び、要介護1又は2であって、以下の特列入所の要件に該当する方となります。
----	--

対象者	<p>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。</p> <p>② 知的障害・精神障害等に伴い、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が頻繁に見られること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
退居手続	<p>① 入居者の都合で退居の場合 退居を希望される7日前までに書面にてお申し出ください。</p> <p>② 自動終了 以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入居者が他の介護保険施設に入居された場合</li> <li>○ 要介護状態区分が「非該当(自立)」又は「要支援1・2」と認定された場合</li> <li>○ 要介護状態区分が「要介護1・2」と認定された場合。(やむを得ない場合を除きます)</li> <li>○ 入居者がお亡くなりになった場合</li> </ul> <p>③ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービス利用料の支払が3ヶ月以上遅れ、催促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合、また入居者やご家族等が当施設や職員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退居していただくことがあります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。</li> <li>○ 病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内で退院できる見込みがない場合、または入院後3ヶ月を経過しても退院できない場合は文書で通知の上、契約を終了させていただくことがあります。</li> <li>○ 経管栄養等で施設での生活の継続が困難になった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただくことがあります。</li> <li>○ やむをえない事情により当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し対応していただくことがあります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知します。</li> </ul>

## 7. サービス利用にあたってご留意いただきたい事項

サービス担当者会議	施設サービス計画(ケアプラン)を更新する際に、サービス担当者会議を開催します。ご本人、ご家族、介護職員、看護職員、栄養士、介護支援専門員等が参加し、入居者の生活をより豊かにするために、6か月から12か月ごとに開催しますので、ご出席をお願いします。
面会	午前6時から午後11時まで玄関が開錠されております。それ以外の時間帯でもご連絡いただければ対応させていただきます。 ご面倒ですが、面会票のご記入をお願いいたします。
喫煙	施設内は全館禁煙になっておりますのでご協力下さい。
飲酒	特に制限は設けておりません。行事等の際にはアルコール類を準備させていただきます。 健康上の理由等で制限せざるを得ない場合を除き、できるだけ普通の生活に近づけたいと思っています。
外出・外泊	準備の都合上、できるだけ早めに職員にご連絡ください。 体調の関係で、看護師よりご相談をさせていただく場合があります。

金銭・貴重品の保管	医療費の支払や日常の買物等に要する金銭の管理は、お預かりした通帳から支払わせていただきます。いったんお預かりした入居者名義の通帳は、契約終了時までお預かりさせていただきます。
所持品の持ち込み	居室内での生活に支障のない範囲で、所持品を持ち込んでいただけます。できるだけその方らしい部屋にしつらえていただきたく思っています。ただし、契約終了時には全てお引き取りいただきますようお願いいたします。
主治医	入居後は、伊藤邦彦医師（伊藤内科医院）か、堀川義治医師（宮津市由良診療所）のうち、どちらかの医師が主治医になります（入居者がいずれかの医師を希望することはできません）。診察は2週間に1度ですが、それ以外の日に体調不良となった場合でも、看護職員が必要と認めた場合は、主治医の指示を仰ぐ場合があります。 また、皮膚科、歯科等、その他の専門医にかかるほうがよいと判断される場合は、必要に応じ受診または往診の機会を作ります。
入院時の対応	入院された場合の洗濯物やおむつ等の補充、入退院時の手続きやお支払いはご家族でお願いします。
終末期の対応	終末期における対応については、主治医と相談しながら必要な対応をさせていただきます。詳しくは「特別養護老人ホーム看取り指針」をご覧ください。
実習生について	当事業所で実習を行う実習生等によるサービスを提供させていただく場合があります。ご理解とご協力をいただきますようよろしくお願い致します。
金品の授受	職員に対する心付け等、謝礼に類する金品は、一切お断りしています。

## 8. 料金

サービス利用にかかる料金は、①介護サービス費、②各種加算、③居住費、④食費、⑤預り金等管理料、⑥その他の料金の合計額となります。

ただし、負担割合証に記された負担割合が2割または3割となっていた方は、①と②の合計に2または3を乗じた額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

### ① 介護サービス費（円/日）

	ユニット型個室	
	平成12年3月31日以前に入居された方	平成12年3月31日以降に入居された方
介護度1	625	638
介護度2	722	705
介護度3		778
介護度4	850	846
介護度5		913

### ② 各種加算

以下の（ア）～（サ）の加算について、当事業所の体制や入居者の状態像によって算定することが可能である場合に請求します。

（ア）日常生活継続支援加算【46円/日】

新規入居者総数のうち重度の要介護高齢者を一定以上入所させ、かつ介護職員

のうち介護福祉士資格を保有する割合が一定以上の場合

- (イ) 看護体制加算 (Ⅰ) 【6円/日】  
看護体制加算 (Ⅱ) 【13円/日】  
常勤の看護師を配置し、または一定数以上の看護職員を配置した場合
- (ウ) 夜勤職員配置加算 (Ⅱ) イ 【27円/日】  
夜勤を行う介護職員、及び看護職員の数が一定数を上回っている場合
- (エ) 初期加算 【30円/日】  
入居された日から30日以内である場合、また30日を超える病院、診療所への入院後に再び入居された場合
- (オ) 経口移行加算 【28円/日】  
経管栄養の方について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行った場合 (原則として180日を限度)
- (カ) 若年性認知症入所者受入加算 【120円/日】  
若年性認知症の方を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合
- (キ) 認知症行動・心理症状緊急対応加算 【200円/日】  
医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難で、緊急に入居することが適当であると判断された方に対し介護サービスを行った場合 (原則として7日を限度)
- (ク) 看取り介護加算 【144円/日 (死亡日以前4~30日)】  
【680円/日 (死亡日の前日・前々日)】  
【1280円/日 (死亡日)】  
医師が終末期にあると判断した入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人またはご家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合 (死亡前30日を限度として、死亡月に算定)
- (ケ) サービス提供体制強化加算
  - (Ⅰ)イ 介護福祉士が60%以上配置されている場合 【18円/日】
  - (Ⅰ)ロ 介護福祉士が50%以上配置されている場合 【12円/日】
  - (Ⅱ) 常勤職員が75%以上配置されている場合 【6円/日】
  - (Ⅲ) 3年以上の勤続年数者が30%以上配置されている場合 【6円/日】
- (コ) 介護職員処遇改善加算 (Ⅰ) 【8.3%】  
介護職員の賃金の改善等を実施している場合
- (サ) 外泊時費用 【246円/日】  
入院または外泊した場合 (1ヶ月に6日を限度)
- (シ) 生活機能向上連携加算 【200円/月】  
自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職と連携し機能訓練を実施した場合
- (ス) 口腔衛生管理体制加算 【30円/月】  
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行った場合
- (セ) 外泊時在宅サービス利用費用 【560円/月】  
居宅における外泊を認め、外泊時に在宅サービスを利用した場合 (1月に6日を限度とし、また、外泊の初日及び最終日は算定できない)
- (ソ) 排泄支援加算 【100円/月】  
排泄に介護を要する入所者に対し、他職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援を行った場合
- (タ) 退所前連携加算 【500円/回】  
入所者の退所に先立って居宅介護支援事業者に入所者の情報を文書で提供した場合 (1回を限度)
- (チ) 退所時相談援助加算 【400円/回】  
入所者や家族に対して退所後の介護サービスなどの利用に関する相談援助を

実施し、かつ、退所から2週間以内に市町村および老人介護支援センターに対して文書で情報提供した場合（1回を限度）

(ツ) 認知症専門ケア加算Ⅰ【3円/日】

利用者総数のうち認知症を有する方が2分の1以上の割合を占め、認知症介護実践リーダー研修を修了した者が一定数以上配置され、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合

- ③ 居住費 1日あたり1,668円（室料及び光熱水費として）。  
⇒入院または外泊中でも居室を確保されている場合はご負担いただきます。  
なお7日目からは820円のご負担になります（居住費調整額）。
- ④ 食費 1日あたり1,392円（食材料費及び調理コストとして）
- ⑤ 預り金等管理料 1ヶ月あたり500円  
⇒金銭等の管理を行った場合の費用として通帳管理をさせていただいている場合にご負担いただきます。
- ⑥ その他の料金
  - ・ 理美容を希望される方には外部業者を手配させていただきます（有料）。
  - ・ 特別な行事等に別途料金がかかることがあります。
  - ・ 入院時のオムツ代、居室内で使用される電化製品、電話を使用される場合の電話機（電話代実費）、個人用の新聞・雑誌については、必要に応じて各自でご準備ください。
  - ・ 医師または看護職員が必要と認めた場合を除く水分補給用ゼリー、栄養補助食品、その他の嗜好品の提供を希望され、提供することが可能と判断された場合は、実費相当分を請求させていただきます。
  - ・ 車いす、歩行支援用具、ベッド等の一般的な福祉用具は施設が準備させていただきますが、これらの福祉用具のうち、特別な機能が必要な場合、または日常生活上最低限必要ではなく自ら希望する場合等は、購入に要する料金を自己負担していただきます。

※上記の③居住費と④食費については、入居者負担区分の第1～3段階の方は自己負担額が下記の額に減額され、残りは保険から給付されます（補足給付）。この適用を受けるには、市町村への申請が必要となります。

但し、入院時の居住費への補足給付の適用は、1月について6日間が限度となります。

	居住費	食費	合計
第1段階	820円	300円	1,120円
第2段階	820円	390円	1,210円
第3段階	1,310円	650円	1,960円

※その他、社会福祉法人利用者負担軽減制度等、所得等に応じて利用者負担を軽減する制度があります。詳しくは、担当者にお問い合わせ下さい。

◎ 支払方法

お支払方法は、口座振替を原則とさせていただきます（手数料なし）。所定の口座振替依頼書に記入の上、職員にお渡し下さい。

口座振替をご希望されない方につきましては、金融機関の窓口振込により指定の口座にお支払いください。毎月中旬に前月分の請求書をお渡します。受領後10日以内をお願いいたします。

## 9. サービス内容に関する相談・苦情窓口

当施設が提供したサービスについて、苦情やご要望があった場合には、速やかに対応を行います。担当の職員にも、お気軽にお申し付けください。

### ①当事業所の苦情相談窓口

担当部署	施設福祉課長	生活支援係長
担当者	上野千鶴	中村直美 平野美佐代
連絡先	0772-43-2011（午前8：30～午後5：30）	

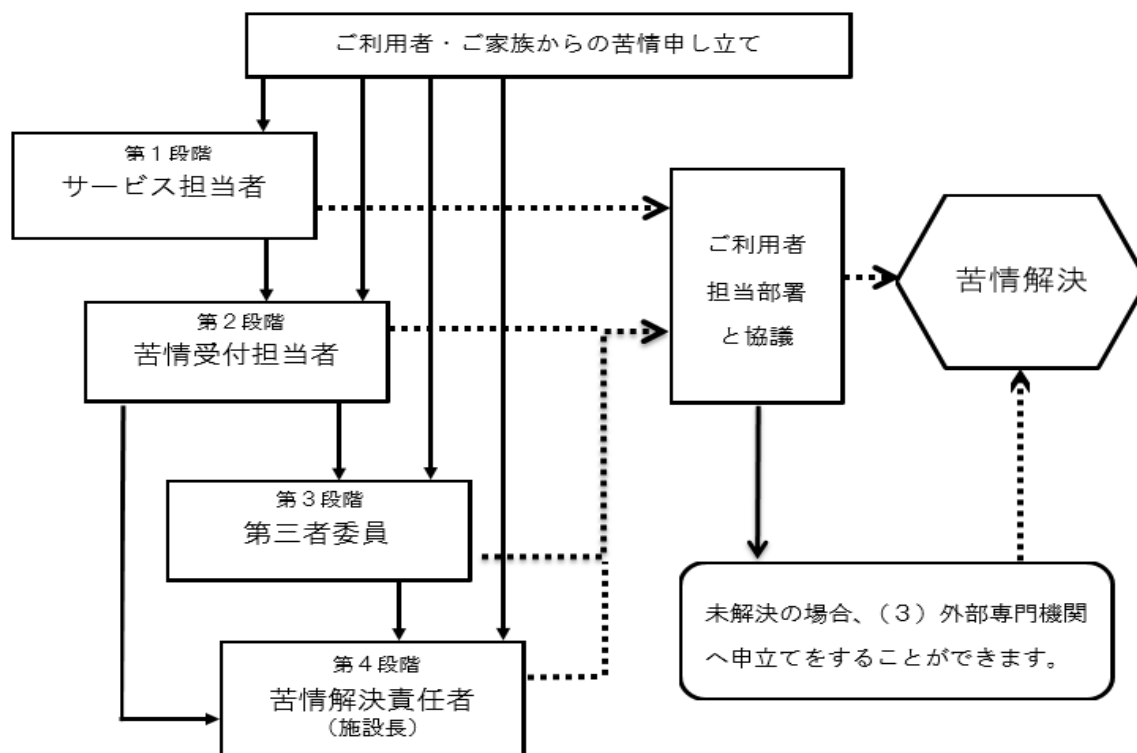
### ②苦情解決のための第三者委員

氏名	岩崎文宏	井本美代子
連絡先	42-4547	43-1420

### ③介護保険や介護サービスについては、下記の相談窓口もあります。

介護保険全般について	与謝野町役場 福祉課 TEL 0772-43-9021 (各市町村の介護保険担当部署でも受け付けます)
介護サービスへの苦情について	京都府介護地域福祉課 TEL 075-414-4674 京都府丹後保健所企画調整室 TEL 0772-62-0361 京都府国民健康保険団体連合会 TEL 075-354-9011 京都府社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 TEL 075-252-2152

### ④苦情解決までの流れ



## 10. 事故発生時の対応

<p>入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに入居者家族及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。また、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。</p> <p>賠償すべき事故が発生した場合は、できる限り速やかに損害賠償を行います。</p>
---

## 11. 非常災害対策

火災時の対応	自衛消防隊長の指示で利用者の安全を迅速に確保する。
防災設備	消防法令に基づく防災施設を完備。
防災訓練	1年に2回、避難訓練を実施。
管理権原者	理事長 四宮功雄
防火管理者	副施設長 深田晃章

## 12. 第三者評価の実施状況

当事業所が提供するサービスは第三者評価を実施しています。

実施の有無	あり
実施年月日	平成29年3月8日
評価機関の名称	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会
評価結果の開示状況	アドバイスレポートを、虹ヶ丘公式サイト上に掲載しています。 <a href="http://yofuku.or.jp/nijigaoka/">http://yofuku.or.jp/nijigaoka/</a>

## 13. 法人概要

名称	社会福祉法人与謝郡福祉会
代表者	理事長 四宮功雄
所在地	京都府与謝郡与謝野町字加悦 802 番地 7
電話番号	0772-44-0015
法人の実施する他の事業	<p>介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）          長寿苑(伊根町)・岩滝あじさい苑(与謝野町)・やすら苑(与謝野町)</p> <p>軽費老人ホームケアハウス          福寿荘(伊根町)・虹ヶ丘(与謝野町)・岩滝あじさい苑(与謝野町)</p> <p>短期入所生活介護事業所（ショートステイ）          長寿苑(伊根町)・虹ヶ丘(与謝野町)・岩滝あじさい苑(与謝野町)</p> <p>通所介護事業所（デイサービス）          伊根デイサービスセンター          デイサービスセンター岩滝あじさい苑          虹ヶ丘デイサービスセンター</p> <p>訪問介護事業所（ホームヘルプ）          虹ヶ丘ホームヘルパーステーション</p> <p>居宅介護支援事業所          伊根在宅介護支援センター          在宅介護支援センター岩滝あじさい苑          虹ヶ丘在宅介護支援センター</p> <p>小規模多機能型居宅介護          ふれあいホーム神宮寺          おきなぎの家</p> <p>認知症対応型通所介護          岩滝あじさい苑 ひより</p>

施設介護サービス利用にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

京都府与謝郡与謝野町字岩屋小字庄内600番地3

特別養護老人ホーム虹ヶ丘

施設長 石本 晃一 ㊟

説明者 ㊟

私は、契約書及び本書面により、事業者から施設介護サービス利用についての重要事項の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日  
入居者 住所

氏名 ㊟

署名代行者

私は、下記の理由により、入居者の意思を確認したうえ、上記署名しました。

氏名 ㊟

(入居者との関係： )

※ 署名を代行した理由： 筆記する能力が欠けているため

※ 署名を代行した理由： その他：

身元引受人

私は、以上の重要事項の説明を受け、身元引受人の責任の範囲で了承しました

住所

氏名 ㊟

(入居者との関係： )

成年後見、保佐、補助の審判を受けている場合

後見人等氏名 ㊟

(入居者との関係： )