

# I.重要事項説明書

( 介護老人福祉施設 メゾン・二宮 )

利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

## 1 事業所の概要

事業所名	メゾン・二宮
事業主体	社会福祉法人 一燈会
主たる事務所の所在地	神奈川県中郡二宮町一色1435-1
介護保険事業所番号	1471300085
電話番号	0463-73-3373

## 2 事業所の職員体制

事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1人	常勤1名
生活相談員	3人	常勤3名
介護職員	42人	常勤36名 非常勤6名
看護職員	8人	常勤3名 非常勤5名
機能訓練指導員	3人	常勤3名 (看護師)
介護支援専門員	2人	常勤2名
医師	3人	非常勤3名
管理栄養士	2人	常勤2名

## 3 営業時間

営業日	年中無休
受付時間	毎日 午前8時30分～午後5時

## 4 利用定員及び居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。(但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

利用定員	98名	
居室・設備の種類	室数	備考
1人部屋	1室	
2人部屋	10室	19床分
3人部屋	2室	
4人部屋	20室	72床分
合計	33室	
食堂	4室	
機能訓練室	1室	平行棒等
浴室	2室	一般浴槽・中間浴槽、 特殊浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設事業所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利用者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、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

## 5 サービスの内容と費用

## (1) 介護保険給付サービス

## ア サービス内容

種 類	内 容
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>週2回の入浴または清拭を行います。</li> <li>歩行が困難で座位の保てる方は機械浴槽を用いての入浴も可能です。</li> </ul>
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の状況に応じて適切な排せつ・誘導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。</li> <li>おむつを使用する方に対しては、1日6回の交換を行うとともに必要な場合は随時交換を行います。</li> </ul>
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</li> <li>リネン（シーツ等）交換は週1回実施します。また、必要に応じて随時交換します。</li> </ul>
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 (ただし、食材料費は給付対象外です。)</li> <li>食事はできるだけ離床して食堂で召し上がっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 18:00</li> </ul>
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。</li> <li>緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。</li> <li>利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて必要に応じて配慮します。</li> </ul>
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員</li> </ul>

## イ 費用

サービス利用に係る自己負担額	介護福祉施設サービス費	要介護1	1日	589単位
		要介護2	1日	659単位
		要介護3	1日	732単位
		要介護4	1日	802単位
		要介護5	1日	871単位
その他の加算	精神科医師定期的療養指導加算		1日	5単位
	日常生活継続支援加算		1日	36単位
	夜勤職員配置加算（Ⅰ）		1日	13単位
	看護体制加算（Ⅰ）		1日	4単位
	看護体制加算（Ⅱ）		1日	8単位
	看取り介護加算（Ⅰ）			
	・死亡日以前31日以上45日以内		1日	72単位
	・死亡日以前4日以上30日以内		1日	144単位
	・死亡日の前日及び前々日		1日	680単位
	・死亡日		1日	1280単位
栄養マネジメント強化加算		1日	11単位	
療養食加算（医師の指示に基づき療養食を提供した場合に算定）		1回	6単位	

科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月	50単位
認知症チームケア推進加算Ⅱ	1月	120単位
生産性向上推進体制加算Ⅰ	1月	100単位
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月	3単位
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月	13単位
経口維持加算(Ⅰ)	1月	400単位
経口維持加算(Ⅱ)	1月	100単位
福祉施設外泊時費用(1月に最大6日)	1日	246単位
福祉施設初期加算(入所日から30日以内の期間)	1日	30単位
退所前訪問相談援助加算	1日	240単位
退所後訪問相談援助加算	1回	460単位
退所時相談援助加算	1回	460単位
退所前連携加算	1回	400単位
安全対策体制加算	1回	500単位
	1月	20単位
介護職員等处遇改善加算(Ⅰ)	1月に算定した上記単位数の合計の1000分の140に相当する金額	

負担金＝単位数(加算含む)×10.27円(地域加算)を計算した合計額の1割、2割、3割のいずれかです。

※介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

## (2) 介護保険給付外サービス

### ◆居住費及び食費

段階	居住費	食費
第1段階	0円/日	300円/日
第2段階	430円/日	390円/日
第3段階 ①	430円/日	650円/日
第3段階 ②	430円/日	1360円/日
第4段階	840円/日	1650円/日

※居住費は外泊時も算定されます。

### ◆その他

種類	内容	利用料
特別行事食	・季節の食材を使った行事食等	・実費
日用品費	・日常生活上必要となる諸費用 (日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で、利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用)	・実費
教養娯楽費	・レクレーション材料費、クラブ活動費	・1日につき 150円
理美容サービス	・毎月、理美容サービスをご利用いただけます。	・実費
預り金管理料	・利用料の支払い等について銀行通帳にて管理致します。	・1ヶ月 500円
特別な送迎	・当施設利用の方に、ケアプラン上必要と認められた場合にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。	・30分未満 2000円 ・1時間未満 4000円

(注) 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。

但し、入院期間中は洗面道具を含め別途実費負担となります。

## (3) サービス希望確認表

サービス項目	希望サービス
--------	--------

1	特別行事食	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
2	日用品費	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
3	教養娯楽費	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない

## 6 利用者負担金及び支払い方法

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、5 (1)、(2) のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です (※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です)。
- (3) 利用料金のお支払いは、毎月1回、月末締め、翌月5日以降請求書発行です。同月15日までに指定口座振込又は現金払いです。  
尚、口座引落としにつきましてはご利用月翌月の15日または27日に引き落としになります。

## 7 サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会簿に記帳し職員に届出てください。 面会時間-9:00~17:00								
外出	外泊・外出の際には必ず前日までに行き先と帰園時間を職員に届出てください。								
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したがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。								
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。								
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。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。								
所持品の管理	衣類、その他日常生活に必要とされる最小限の物品。								
現金等の管理	多額の現金、貴重品類の持ち込みはご遠慮下さい。								
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。								
緊急時の対応及びサービス利用中の医療の提供について	利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。 主治医に連絡がつかず医療を必要とする場合は、利用者の希望により、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。)								
協力医療機関	<table border="1"> <tr> <td>名 称</td> <td>湘南大磯病院</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td>神奈川県中郡大磯町月京2-1-1</td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td>加藤クリニック</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td>神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1</td> </tr> </table>	名 称	湘南大磯病院	住 所	神奈川県中郡大磯町月京2-1-1	名 称	加藤クリニック	住 所	神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1
名 称	湘南大磯病院								
住 所	神奈川県中郡大磯町月京2-1-1								
名 称	加藤クリニック								
住 所	神奈川県中郡二宮町百合ヶ丘2-4-1								
その他	サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご辞退させていただきます。								

## 9 事故発生時の対応及び防止

事業所は、事故が発生した場合の対応、次に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備します。

- (1) 事業所は、お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合、保証人様等へ連絡するとともに、必要に応じ速やかに市町村への連絡を行います。
- (2) 事業所は、事故が発生した時またはそれに至る危険性がある事態が生じた時に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。



松田町	ご利用時間 平日 8:30 ~ 17:00 ご利用方法 電話 0465-83-1226 受付担当: 福祉課
神奈川県 国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 8:30 ~ 17:15 ご利用方法 電話 0570-022110 (苦情専用) 045-329-3447 受付担当: 介護保険課 介護苦情相談係

### 1.1 第三者委員

- 1) 二宮寿考園施設長 里山 樹
  - 2) (株) いわしや西方医科器械会長 西方 晃
- \* 詳細は 1 階正面玄関掲示板参照

### 1.2 衛生管理

事業所は、発症が予測される感染症に対し、感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、感染症対策マニュアルを作成しています。感染症や食中毒発生、またはまん延しないように、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努め、以下に掲げる措置を講じます。

- (1) 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。
- (2) 感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針整備をしています。
- (3) 職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練(シミュレーション)を定期的に行います。
- (4) 1から3までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

### 1.3 看取りケアについて

お客様の回復する見込が無く、終末期の状態であると医師が医学的に判断したご利用者に対し、必要以上の延命治療を行わず、苦痛の緩和と精神的な支えを中心にして施設で最期を迎えられるよう、下記のとおり援助を行います。

- (1) 嘱託医の協力のもと、各職員はお客様の尊厳と権利を守ることに充分配慮しながら介護にあたります。
- (2) 医師・看護師・相談員・介護支援専門員・介護員・栄養士等が協働で看取り介護に関する計画書を作成し提示します。必要に応じてケアプランの見直しやカンファレンスを行い、ご家族様と密な連絡を取ります。
- (3) 看取り介護中であっても、身体的な苦痛を伴ったりご家族様が希望される場合は、中止して病院へ入院していただくことも可能です。
- (4) 施設には常勤医師の配置はなく、夜間は看護師も不在ですが、緊急時の対応については介護員が緊急連絡体制に基づき 24 時間看護師との連絡体制が確保されています。
- (5) 死亡時は嘱託医又は主治医が死亡確認を行いますが、日中医師が職務中など直ちに来園出来ない場合もあります。その際はお待ちいただくこともあります。
- (6) 看取り介護については入所の際説明させていただきますが、終末期に入ったと判断された時点で、再度ご家族に説明させていただきます。その上で内容をご確認の上、同意書をいただきます。

### 1.4 会議や他職種連携における ICT 活用

事業所は、各種会議等について、感染防止や多職種連携の促進から ICT の活用を行います。

- (1) お客様等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考にし、テレビ電話等の活用を行います。

(様式-16-23)

- (2) お客様等が参加して実施するものについては、お客様等又はご家族様の同意を得た上で、テレビ電話等の活用実施を行います。

#### 1.5 身体拘束について

事業者は、原則としてお客様に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、お客様及びご家族様に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、緊急やむを得ない場合に必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、管理者及び介護職員により検討会議を行い、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みにて、身体拘束廃止委員会を設置し、介護職員への研修を積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### 1.6 虐待防止に関する事項

事業所は、お客様の人権の擁護・虐待等の防止のために、次に掲げる措置を講じます。また、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

- (1) 事業所は、虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所は、虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所は、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- (4) 上記措置を適切に実施するための担当者を置く  
高齢者虐待防止委員会 統括責任者 柴谷 寛人
- (5) 事業者は、サービスの提供中に従業者又は養護者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村へ通報するものとする。

#### 1.7 非常災害対策

事業所では、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 関係機関と連携を密にし、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回入居者及び職員等の訓練を行います。

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者(防火管理者)を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- (2) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (4) 避難訓練実施時期：(毎年2回)  
3の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

(様式-16-23)

令和 年 月 日

(事業者) 住 所 神奈川県中郡二宮町一色1435-1  
事業者名 社会福祉法人 一燈会  
代表者名 理事長 山室 淳 印  
(事業所名 メゾン・二宮 )

本書面に基づき重要事項説明書の説明を行い交付しました。

【説明者】 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項説明書の説明を受け、その内容に同意し  
交付を受けました。

【利用者】 名 前 \_\_\_\_\_ 印

【保証人】 名 前 \_\_\_\_\_ 印