

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム

日永英水苑（ユニット型）

重要事項説明書

社会福祉法人 英水会

1. 事業の目的

当施設は、指定介護老人福祉施設として、身体上又は精神上著しい障害があり、常時の介護を必要とし、かつ居宅において日常生活を営むのに支障がある要介護者に対し、その人らしい生活を支援するために必要な介護サービスを提供します。また事業の運営に通じて高齢者福祉の推進に寄与します。

2. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 英水会
法人所在地	三重県四日市市大字日永字母ヶ坂5530番地23
代表者氏名	理事長 尾崎 英世
電話番号	059-340-0273
設立年月日	平成5年11月1日

3. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 日永英水苑（ユニット型）
施設の所在地	三重県四日市市大字日永5530番地の23
施設長名	北野 正和
電話番号	059-340-3668

4. 実施事業

事業の種類		三重県知事の事業者指定		定 数
		指定年月日	指定番号	
施設	ユニット型小規模 介護老人福祉施設	平成26年5月1日	2470204641号	30名

（空床利用）

施設入居者の入院期間中のベッドは、入居者及びその家族の同意のうえで、入居者が退院する際に円滑に再入居できるよう計画的に、短期入所生活介護事業に利用します。

5. 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備 考
個 室	30室	12.02 m ² ～ 13.77 m ²
共同生活室	3室	42.78 m ²
個 浴 室	3室	11.94 m ²
交流ホール	2室	24.66 m ²
医 務 室	1室	16.02 m ²

6. 職員の配置状況

職 種	職員数	指定基準
施設長（管理者）	1名	1名
生活相談員	1名	1名
介護職員	18名	看護職員と介護職員の 合計で10名
看護職員	4名	
機能訓練指導員	1名	1名
介護支援専門員	1名	1名
医 師	1名	必要数
管理栄養士	1名	1名

＊ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

＊ 職員数については短期入所生活介護と兼務になります。

7. 職員の勤務内容

管理者：職員等の管理および業務の実施状況の把握、その他管理を一元的に行う。

医師：ご入居者に対し、健康管理および療養上の指示を行う。

生活相談員：ご入居者およびご家族の相談に応じるとともに、適切なサービスの提供が出来るよう施設内のサービス調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携において必要な役割を果たす。

介護支援専門員：ご入居者の暮らしの中で解決すべき課題を把握し、ご入居者およびご家族の意向、希望を勘案した「施設サービス計画」の作成を行い、その実施状況の把握と必要に応じた見直しを行う。

介護職員：施設サービスの提供にあたり、ご入居者の心身の状況等を的確に把握し、ご入居者に対し適切な介護を行う。

看護職員：健康チェック等を行うことにより、ご入居者の健康状態を的確に把握し、ご入居者が各種サービスを利用するために必要な処置を行う。

機能訓練指導員：ご入居者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するために必要な機能訓練を行う。

管理栄養士：ご入居者の食事管理、栄養指導にあたる。

[主な職種の勤務体制]

職種	勤務体制	
施設長	8：30～17：30	
医師	14：00～16：00（毎週1回）	
生活相談員	8：30～17：30	
介護支援専門員	8：30～17：30	
介護職員	早番 6：40～15：40	日勤 10：00～19：00
	遅番 13：00～22：00	夜勤 21：50～翌6：50
看護職員	8：00～19：00のうち8時間	
機能訓練指導員	8：00～19：00のうち8時間	
管理栄養士	8：30～17：30	

*業務上の都合又はサービス提供上のニーズに応じて若干の変更をする場合もございます。

（勤務表による）

8. 施設サービスの概要

当施設は、ご入居者10名を一つの生活単位（ユニット）として、各ユニットに固定の職員を配置しております。なじみの職員との係りの中、その人らしい生活を支え、暮らしの継続を目指しております。

種 類	内 容
食 事	・ 朝食7:30～9:00 昼食12:00～13:30 夕食18:00～19:30
入 浴	・ 各ユニットにおいての入浴、又は清拭を行います。 ・ 寝たきりの方は機械浴槽を利用して、入浴していただきます。
排 泄	・ 排泄の自立を促すため、ご入居者の身体能力を最大限に活用した援助を行います。
生活リハビリ	・ 機能訓練指導員がご入居者の身体等の状況に応じて、日常生活を送るうえで必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を行います。
健康管理	・ 看護職員が嘱託医と連携し、健康管理を行います。
栄養管理	・ ご入居者の栄養状態の課題を適切に把握し、その状態に応じて関係職員の連携により栄養マネジメントを行います。
その他の自立支援	・ 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・ 生活リズムを考え、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、適切な整容の援助を行います。

9. 嘱託医

名 称	所 在 地	診 療 科
玉 垣 医 院	四日市市河原田町2355-1	内 科

10. 協力医療機関

名 称	所 在 地
県立総合医療センター	四日市市大字日永5450-132

11. サービス利用料金

(1)介護保険の給付対象となるサービスの利用料金

第1段階						【円】 特別養護老人ホーム日永英水苑						
要介護度	施設サービス費	加算料金/日			加算料金/月	介護費総単位数	31日間介護サービス費 ※2	介護給付保険より	①自己負担額/月	②居住費 31日間 (¥880/日)	③食費 31日間 (¥300/日)	①+②+③ 合計31日間利用負担額総合計
		加看算(Ⅱ制)	(Ⅱ)統日常支援加活算	(Ⅱ)配夜勤加職算員								
要介護1	768	8	46	18	3,646	29,686	304,875	274,387	30,488	27,280	9,300	67,068
要介護2	836	8	46	18	3,941	32,089	329,554	296,598	32,956	27,280	9,300	69,536
要介護3	910	8	46	18	4,262	34,704	356,410	320,769	35,641	27,280	9,300	72,221
要介護4	977	8	46	18	4,553	37,072	380,729	342,656	38,073	27,280	9,300	74,653
要介護5	1,043	8	46	18	4,839	39,404	404,679	364,211	40,468	27,280	9,300	77,048

第2段階						介護費総単位数	31日間介護サービス費 ※2	介護給付保険より	①自己負担額/月	②居住費 31日間 (¥880/日)	③食費 31日間 (¥390/日)	①+②+③ 合計31日間利用負担額総合計
要介護度	施設サービス費	加看算(Ⅱ制)	(Ⅱ)統日常支援加活算	(Ⅱ)配夜勤加職算員	加算料金/月							
要介護1	768	8	46	18	3,646	29,686	304,875	274,387	30,488	27,280	12,090	69,858
要介護2	836	8	46	18	3,941	32,089	329,554	296,598	32,956	27,280	12,090	72,326
要介護3	910	8	46	18	4,262	34,704	356,410	320,769	35,641	27,280	12,090	75,011
要介護4	977	8	46	18	4,553	37,072	380,729	342,656	38,073	27,280	12,090	77,443
要介護5	1,043	8	46	18	4,839	39,404	404,679	364,211	40,468	27,280	12,090	79,838

第3段階①						介護費総単位数	31日間介護サービス費 ※2	介護給付保険より	①自己負担額/月	②居住費 31日間 (¥1,370/日)	③食費 31日間 (¥650/日)	①+②+③ 合計31日間利用負担額総合計
要介護度	施設サービス費	加看算(Ⅱ制)	(Ⅱ)統日常支援加活算	(Ⅱ)配夜勤加職算員	加算料金/月							
要介護1	768	8	46	18	3,646	29,686	304,875	274,387	30,488	42,470	20,150	93,108
要介護2	836	8	46	18	3,941	32,089	329,554	296,598	32,956	42,470	20,150	95,576
要介護3	910	8	46	18	4,262	34,704	356,410	320,769	35,641	42,470	20,150	98,261
要介護4	977	8	46	18	4,553	37,072	380,729	342,656	38,073	42,470	20,150	100,693
要介護5	1,043	8	46	18	4,839	39,404	404,679	364,211	40,468	42,470	20,150	103,088

第3段階②						介護費総単位数	31日間介護サービス費 ※2	介護給付保険より	①自己負担額/月	②居住費 31日間 (¥1,370/日)	③食費 31日間 (¥1,360/日)	①+②+③ 合計31日間利用負担額総合計
要介護度	施設サービス費	加看算(Ⅱ制)	(Ⅱ)統日常支援加活算	(Ⅱ)配夜勤加職算員	加算料金/月							
要介護1	768	8	46	18	3,646	29,686	304,875	274,387	30,488	42,470	42,160	115,118
要介護2	836	8	46	18	3,941	32,089	329,554	296,598	32,956	42,470	42,160	117,586
要介護3	910	8	46	18	4,262	34,704	356,410	320,769	35,641	42,470	42,160	120,271
要介護4	977	8	46	18	4,553	37,072	380,729	342,656	38,073	42,470	42,160	122,703
要介護5	1,043	8	46	18	4,839	39,404	404,679	364,211	40,468	42,470	42,160	125,098

第4段階						介護費総単位数	31日間介護サービス費 ※2	介護給付保険より	①自己負担額/月	②居住費 31日間 (¥2,120/日)	③食費 31日間 (¥1,600/日)	①+②+③ 合計31日間利用負担額総合計
要介護度	施設サービス費	加看算(Ⅱ制)	(Ⅱ)統日常支援加活算	(Ⅱ)配夜勤加職算員	加算料金/月							
要介護1	768	8	46	18	3,646	29,686	304,875	274,387	30,488	65,720	49,600	145,808
要介護2	836	8	46	18	3,941	32,089	329,554	296,598	32,956	65,720	49,600	148,276
要介護3	910	8	46	18	4,262	34,704	356,410	320,769	35,641	65,720	49,600	150,961
要介護4	977	8	46	18	4,553	37,072	380,729	342,656	38,073	65,720	49,600	153,393
要介護5	1,043	8	46	18	4,839	39,404	404,679	364,211	40,468	65,720	49,600	155,788

自己負担割合は、介護保険負担割合証にてご確認下さい。上記金額は1割負担分となります。

上記金額は、職員の配置基準や条件等によって、加算部分が変動する場合がございます。

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載されている居住費・食費のご負担になります。

※1 サービス料金に係る加算を含んだ単価に14.0%を乗じた1割の金額が加算されます。

※2 四日市市における1単位の単価は、10.27円です。

(2) 基本単位と加算について

※1 介護保険負担割合証により、自己負担の割合が異なります。

サービス費/加算	1 割負担分※1	サービス費/加算条件
基本サービス費	要介護度に 応じた利用料金	・ 要介護状態となったご入居者の方に、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事、相談等の介護サービス費となります。
介護職員等 処 遇改善加算 (Ⅰ)	サービス費総額 の14.0%	・ サービス利用料金に係る加算を含んだ単価に14.0%を乗じた一割の金額が加算されます。
初 期 加 算	30単位/日	・ 新規に入居した場合および入院後30日を超え退院し再び入居した場合30日間加算。
入院・外泊加算	246単位/日	・ 入院または外泊した場合、その初日と最終日を除いて1ヶ月に6日を限度として加算
夜勤職員配置加算	18単位/日	・ 国が定める夜勤職員の配置を行った場合算定します。
看護体制加算(Ⅱ)	8単位/日	・ 手厚い看護職員の配置。 ・ 24時間連絡できる体制を確保。
日常生活 継続支援加算	46単位/日	(1) 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4又は要介護5の方の占める割合が100分の70以上であること。 (2) 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である方の占める割合が100分の65以上であること。 (1) または (2) かつ介護福祉士の数が入居者6人に対して1人以上であること。
安全対策体制加算	20単位/1回 (入居時のみ)	・ 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策が整備されている場合につき、新規入居時のみ加算

※職員の配置基準や条件等によって、加算部分変動する場合がございます。

(3) 介護保険の給付対象とならないサービスの利用料金

①理美容サービス

理美容師の出張サービス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	実費相当
------	------

②貴重品の管理

ご本人、家族等の申出及び契約に基づき、施設内の生活で必要となる金銭の出納事務を代行するなど便宜を図っています。

- ・お預かりするもの： 現金、後期高齢者医療被保険者証、介護保険被保険者証、介護保険負担限度額認定証、介護保険負担割合証、その他必要物品
- ・出納方法：「特別養護老人ホーム日永英水苑 預り金管理規程」に基づいて行います。

利用料金	1ヶ月あたり ￥1,000
------	---------------

③日常生活上必要となる物品等の提供

日常生活品の購入代金等、ご入居者の日常生活に要する費用で、ご入居者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

- ・テレビ、冷蔵庫、電気アンカ等の居室内で電化製品を使用される場合

使用料金	1日あたり ￥100
------	------------

- ・電話使用料

使用料金	実 費
------	-----

- ・日常生活品の購入

利用料金	購入価格の実費
------	---------

④複写物の交付

ご入居者及びご家族は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧していただけますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

利用料金	1枚につき ￥10
------	-----------

⑤特別な食事（アルコール類等を含む）

ご入居者の希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金	要した費用の実費
------	----------

⑥レクリエーション・行事費

利用料金	要した費用の実費
------	----------

⑦嘱託医師の診察

ご入居者の疾病の状態に応じて嘱託医師の診察を受けることができます。なお、インフルエンザ予防接種も含みますが、医療保険が適用されませんので実費をご負担いただきます。

料金(医療費)	医療保険法に基づく診療費用
---------	---------------

(4) お支払方法

支払方法は、百五銀行口座自動引き落としとさせていただきます。(毎月、月末〆切の翌月17日引き落としで、17日が土・日・祝日にあたる場合にはその翌日となります。)

12. 実習の受け入れについて

当施設では介護福祉士、社会福祉士、介護職員初任者研修等を養成する専門学校等の養成機関からの依頼を受け、現場実習の受け入れを行います。

実習生が期間中にご入居者の方の担当をし、実際の援助をさせていただくこともあります。

実習生がご入居者の方々に対して適切な援助を行えるよう養成機関等や、当該施設職員により指導を行っていきます。

なお、実習生も職員と同様に個人情報の取扱いを適切に行うものとします。

13. 事故発生時の対策

- ・当法人のサービスの提供に起因して事故が発生した場合は、適切な処置を講ずるとともにご入居者の家族、身元引受人、及び関係機関に速やかに連絡します。
- ・当法人の故意又は、重大な過失によりご入居者又はご入居者の財産に損害を生じた場合、適切な処置を講じます。
- ・前項について当法人は損害賠償責任を負うものとします。
- ・事故が生じた場合にはその原因を調べ、再発生防止のための対策を講じます。

14. 苦情申し立て先

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

- ・ 苦情解決責任者 施 設 長 北野 正和
- ・ 苦情受付窓口（担当者） 介護主任 川村 真吾
- ・ 受付時間 毎日午前8時30分から午後5時30分
- ・ 電 話 059-340-3668（お越しになる前にご一報ください。）

※直接窓口にお越しいただくことが困難な場合は、文章でも結構です。

また、苦情受付箱を窓口に設置してあります。

(2) 当施設の第三者委員

- ・ 社会福祉法人 英水会 監事 柴田 光
- ・ 社会福祉法人 英水会 監事 丹羽 昭博

(3) 行政機関その他苦情の受付機関

四日市市介護・高齢福祉課	所在地 四日市市諏訪町1-5 TEL (059) 354-8425 受付時間 9時～17時
三重県国民健康保険団体連合会（介護保険課苦情処理係）	所在地 津市桜橋2丁目96番地 TEL (059) 222-4165 受付時間 9時～17時
三重県社会福祉協議会（三 重県福祉サービス運営 委員会） 適正化	所在地 津市桜橋2丁目131番地 TEL (059) 224-8111 受付時間 9時～17時

令和 年 月 日

指定介護老人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ないました。

説明者職名 _____ 氏名 _____ 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、指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

入居者住所 _____ 氏名 _____ 印

代理人（身元引受人）住所 _____ 代理人（身元引受人）氏名 _____ 印