

和幸園（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所

重要事項内容

- ① 当施設への入所は、日南市の措置により行います。
- ② 当施設は介護保険の指定を受けています。
(宮崎県知事指定第4570400855号)

1、 運営の方針

特定施設入居者生活介護の提供にあたって、(介護予防)特定施設サービス計画に基づき、適正かつ円滑に提供します。利用者が要支援、要介護状態になった場合でも、事業所において利用者の有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるよう支援いたします。

2、 事業所の名称及び所在地

- ① 事業所名 養護老人ホーム 和幸園
- ② 所在地 宮崎県日南市大字風田 3200 番地
- ③ 管理者 吉本 延文
- ④ 電 話 0987-22-5055
- ⑤ F A X 0987-22-2716

3、 従業者の職種、員数

- ① 管理者 1 人
(事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行います)
- ② 生活相談員 (兼務) 1 人以上
(利用者及びその家族への生活相談に対応するとともに必要な助言その他の援助を行います)
- ③ 看護職員 (兼務) 1 人以上
(常に利用者の健康状態を把握し健康保持に努めます)
- ④ 介護職員 (兼務) 7 人以上
(利用者の自立の支援及び日常生活の充実のための全般にわたる介護を行います)
- ⑤ 計画作成担当者 (兼務) 1 人以上
(特定施設サービス計画の作成等を行います)
- ⑥ その他 福祉サービス第三者評価の実施状況 無し

4、 入居定員及び居室数

- ① 入居定員 50名
- ② 居室数 50室（洗面所、エアコン完備）・高齢者虐待等一時保護事業（1室）

共用施設・設備の概要	室数	備考
食堂・ホール	1室	53席・娯楽コーナー・地域交流スペース
トイレ	17ヶ所	
浴室	2ヶ所	共同一般浴槽・一般浴槽（小）
洗面所	53ヶ所	各居室
相談室	1室	
洗濯室	3ヶ所	洗濯機9台・大型乾燥機1台
霊安室	1ヶ所	
医務室	1室	
静養室	1室	

5、 当施設が提供するサービスの概要

- ① 居室の提供
- ② 食事
 - 朝食 7:30～8:30
 - 昼食 11:30～12:30
 - 夕食 17:30～18:30
- ③ 入浴（入浴または、清拭を週2回以上行います。希望あるいは必要に応じてシャワーの利用ができます）
- ④ 排泄（排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限利用した援助を行います）
- ⑤ 健康管理（医師や看護職員が健康管理を行います。）
- ⑥ 自立への援助
- ⑦ 日課と余暇活動
- ⑧ （介護予防）特定施設サービス計画作成
- ⑨ 生活相談
- ⑩ 自立した日常生活を営むための介護支援
- ⑪ 安否確認

6、 施設の利用料金（単位円）

※一ヶ月31日の場合

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
183 単位/日	313 単位/日	542 単位/日	609 単位/日	679 単位/日	744 単位/日	813 単位/日
56730 円/月	97030 円/月	168020 円/月	188790 円/月	210490 円/月	230640 円/月	252030 円/月

※ 上記の利用料金は、サービス費限度単位数すべて利用した場合の金額です。

※ 要支援 1	183 単位	×	日数	=	56,730 円	利用者自己負担額	5,673 円
要支援 2	313 単位	×	日数	=	97,030 円	利用者自己負担額	9,703 円
要介護 1	542 単位	×	日数	=	168,020 円	利用者自己負担額	16,802 円
要介護 2	609 単位	×	日数	=	188,790 円	利用者自己負担額	18,879 円
要介護 3	679 単位	×	日数	=	210,490 円	利用者自己負担額	21,049 円
要介護 4	744 単位	×	日数	=	230,640 円	利用者自己負担額	23,064 円
要介護 5	813 単位	×	日数	=	252,030 円	利用者自己負担額	25,203 円

「加算料金」

※介護職員等処遇改善加算

・(Ⅰ) 12.8% ・(Ⅱ) 12.2% ・(Ⅲ) 11.0% ・(Ⅳ) 8.8%

※サービス提供体制強化加算

- ・(Ⅰ) 介護福祉士 70%以上等：22 単位/日
- ・(Ⅱ) 介護福祉士 60%以上等：18 単位/日
- ・(Ⅲ) 介護福祉士 50%以上等：6 単位/日

※夜間看護体制加算

- ・9 単位/日

※認知症専門ケア加算

- ・(Ⅰ) 3 単位/日 ・(Ⅱ) 4 単位/日

※協力医療機関連携加算

- ・40 単位/月

※個別機能訓練加算

- ・12 単位/日

※看取り介護加算 (死亡月に算定)

- ・死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位/日
- ・死亡日の前日及び前々日 680 単位/日
- ・死亡日 1280 単位/日

※栄養スクリーニング加算

- ・5 単位/回

『その他自己負担となるもの』(保険外の費用で利用者の負担となるもの)

- ① 利用者の選定により提供される介護その他の日常生活上の便宜を要する費用
- ② おむつ代
- ③ 日常生活費のうち、入所者が負担することが適当と認められる費用

7、協力医療機関

- ① 医療法人 南風会 島田内科胃腸科
日南市園田1-2-10 電話 0987-23-2233
- ② 医療法人 アーク 昭寿園前歯科
日南市大字風田3860-25 電話 0987-31-1800
- ③ 医療法人 同仁会 谷口病院
日南市大字風田3861番地 電話 0987-23-1331

※その他、県立日南病院ほか必要に応じて協力いただいている病院もあります。

8、苦情・相談の受付について

当施設における苦情や相談は、以下の窓口で受け付けます。

- 窓口担当者 生活相談員 内田和陽、米津真澄
受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
電話 0987-22-5055

- 福祉サービス第三者委員会
代表氏名 鈴木 優子 電話 0987-23-6739
- 氏 名 門分 久美子 電話 0987-23-4772
- 氏 名 小野 小百合 電話 090-6636-3953

※受付時間 午前8時30分～午後5時 (月曜から金曜まで)

- 行政機関その他苦情受付時間

※日南市 長寿課 住所 日南市中央通一丁目1-1
高齢者支援係 電話 0987-31-1162
介護保険係 電話 0987-31-1160

※宮崎県国民健康保険団体連合会 住所 宮崎市下原町231-1
介護保険事務局
介護サービス相談係 電話 0985-35-5301
※受付時間 9:00～12:00 13:00～17:15

なお、和幸園内に設置してある「ご意見箱」もご利用ください。

9、緊急時・事故時の対応

① 緊急時の対応

●容態の急変においては、健康相談医や協力病院との連携のもと、ご家族の意向を踏まえながら、適切な救急処置を行います。

尚、園内で死亡、検死の必要性が生じ、主治医や協力機関の医師が対応出来ない場合は、他の病院の医師による検死となる事があります。

② 事故時の対応

●転倒やその他不測の事故により、骨折、傷病等が発生した場合、相談医との連携のもと、ご家族の意向を踏まえながら、適切な救急処置を行います。

③ 地震、火災、その他の災害対策

●地震・津波・台風・水害・土砂崩れ等対策指針にのっとり、入居者の生命安全のために、適切な応急活動を行います。

災害時には、通信手段が分断される場合があります。ご注意ください。

④ 関係市町村・家族への連絡

●上記の緊急事態や事故が発生した場合は、速やかに当該家族へ連絡するとともに、詳細を記した文書にて関係市町村へ報告いたします。

併せて、介護事故に関して予防策を講じ、再発防止に努めます。

10、守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

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。

11、利用者の尊厳

利用者の人権擁護、虐待防止のための指針等を作成し、従業者教育を行います。

12、身体拘束の廃止

原則として、利用者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入居者及びその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。

13、委員会の設置

感染症対策委員会、人権擁護・虐待防止委員会、身体拘束等の適正化委員会、事故防止委員会を設置し定期的に委員会の開催を行います。事故防止委員会に関しては月に1回委員会の開催を行います。

14、損害賠償について

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

同 意 書

令和 年 月 日

和幸園特定施設入居者生活介護サービスの利用開始に当り、契約書及び重要事項内容に基づき説明を行いました。

和幸園（介護予防）特定施設入居者生活介護事業者

説明者職名

説明者 氏名 ⑩

私は、契約書及び重要事項内容に基づいて事業者から特定施設入居者生活介護サービスの説明を受け、同意しました。

利用者氏名 ⑩

代理人（残置物引受人） 住 所

氏 名 ⑩