

重要事項説明書

(地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館)

1 運営方針

要介護状態にある利用者が、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように必要な援助を行います。その為に、利用者が心身の状態などに応じた適切なサービスを受けられることが出来るようにすることを運営方針とします。

2 事業者の概要

法人種別・名称	社会福祉法人読売光と愛の事業団
代表者氏名	理事長 水 田 邦 雄
法人所在地	東京都千代田区大手町 1-7-1 読売新聞東京本社内

3 施設の概要

施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館
管理者名	施設長 川 戸 直 志
施設所在地	神奈川県川崎市多摩区菅馬場 3-21-1
電話番号	0 4 4 - 5 4 3 - 9 0 1 1
介護保険事業所番号	1 4 9 5 4 0 0 2 2 6

4 職員体制（令和 6 年 4 月 1 日 現在）

従事者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非常勤	
		専任	兼任	専任	兼任
管 理 者	1 名	名	1 名	名	名
介護支援専門員	1 名	名	1 名	名	名
生 活 相 談 員	1 名	1 名	名	名	名
ユニットリーダー	3 名	名	3 名	名	名
介 護 職 員	16 名	名	9 名	名	7 名
看 護 職 員	3 名	名	名	名	3 名
栄 養 士	4 名	名	4 名	名	名
医 師	1 名	名	名	名	1 名

5 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
入所定員	2 9 名		入所 2 9 名
居 室	個 室	2 9 室（1 室 13.2㎡以上）	便所・洗面所付
共同生活室	4 室（1 室 97.60㎡）		
浴 室	2 室（1 室 26.46㎡）		一般浴槽・特殊浴槽

6 協力病院等

名 称	たま日吉台病院
所 在 地	川崎市麻生区王禅寺1105番地
電話番号	044-955-8220
診 療 科	内科、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科 他
入院設備	有り

7 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、嘱託医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先 ①	氏 名 : 連 絡 先 :
緊急連絡先 ②	氏 名 : 連 絡 先 :

8 非常災害対策

災害時の対応	「地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	「地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館消防計画」により年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防 災 設 備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、補助散水栓、ガス漏れ報知器、防火扉、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源、カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理責任者 山 田 晃 裕

9 相談窓口、苦情対応（当施設相談窓口）

○ 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。

施設相談窓口	花ハウスすみれ館 相談員 電話番号 044-543-9011 よみうりランド花ハウス（本体施設） 施設長 川戸直志 電話番号 044-969-3111 対応時間 9:00 ～ 17:00 土、日祭日、年末年始を除く
苦情相談解決 第三者委員	小池 多恵子（菅第2地区民生委員児童委員協議会会長） 電話番号 044-945-4611

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

川崎市役所 高齢者事業推進課 事業者指導係	電話番号 044-200-0445 fax番号 044-200-3926 対応時間 9:00 ～ 17:00 土、日祭日、年末年始を除く
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	電話番号 045-329-3447 利用時間 8:30 ～ 17:15 土、日祭日、年末年始を除く
かながわ福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号 045-311-8861 fax番号 045-312-6302 利用時間 9:00 ～ 17:00 日祭日、年末年始を除く

10 その他

契約期間中、介護保険法等の法令改正及び施設の料金改正により利用者の負担金の改定が必要となった場合には、料金改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を説明し、本契約の継続について契約者の意思を確認するものとします。

11 看取りに関する指針

○看取りについての基本方針

地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館（以下「当施設」という）では、疾病や病気により利用者の心身が衰弱し、医学的知見に基づいて回復の見込みがないと医師に診断された場合、利用者及び身元引受人の希望があれば、無理な延命措置を行わず、自然に安らかに最期を迎えるお手伝いをする「看取り」を実施します。

○看取りの対象者

看取りの対象となるのは、以下の双方に該当する場合です。

① 利用者が当施設内での看取りを希望し、身元引受人にも異存がない場合。

※ 利用者の意思確認が困難な場合、身元引受人に判断していただくケースもあります。

② 当施設では提供困難となる医療行為を必要としない場合。

○体制

① 「看取り」に関する利用者や身元引受人の意向に沿ったターミナルケアプランを計画作成担当者が作成します。

② 常勤の看護師を1名以上配置し、看取りの責任者を定めます。

③ 夜間は当施設の看護職員と24時間連絡体制を確保し、健康管理を行います。

④ 当施設の嘱託医には、心身の状態を細かく把握してもらうと同時に、看護職員の指導や急変時の連絡対応など可能な限りの協力を依頼します。

⑤ 利用者に耐え難い苦痛が生じたり、不測の事態が発生したりした場合は、当施設の判断で救急医療機関に搬送することがあります。

この場合、身元引受人へ速やかにご連絡をします。

⑥ 心身の状況の変化や、これに応じて行う介護について記録します。

12 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく負担金は次のとおりです。

1. 介護報酬に係る費用

R5. 8.1

種、別		地域密着型介護老人福祉施設		サービス1日あたりの単位数、金額			
地域加算		2級地	10.72 円	所定 単位数	本人負担額 (1割の場合)	本人負担額 (2割の場合)	本人負担額 (3割の場合)
項 目							
基本額	地域密着型(ユニット型) 介護老人福祉施設(Ⅰ)	要介護1		582 単位	約 732 円	約 1,463 円	約 2,194 円
		要介護2		753 単位	約 808 円	約 1,615 円	約 2,422 円
		要介護3		828 単位	約 888 円	約 1,776 円	約 2,663 円
		要介護4		901 単位	約 966 円	約 1,932 円	約 2,898 円
		要介護5		971 単位	約 1,041 円	約 2,082 円	約 3,123 円
栄養マネジメント強化加算		1日につき	11 単位	約 12 円	約 24 円	約 36 円	
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)		1日につき	18 単位	約 20 円	約 39 円	約 58 円	
外泊時費用	1ヵ月に6日を限度として 所定単位数に代えて	1日につき	246 単位	約 264 円	約 528 円	約 792 円	
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)		1月につき	50 単位	約 54 円	約 108 円	約 161 円	
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)		1月につき	3 単位	約 4 円	約 7 円	約 10 円	
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)		1月につき	13 単位	約 14 円	約 28 円	約 42 円	
排せつ支援加算(Ⅰ)		1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円	
排せつ支援加算(Ⅱ)		1月につき	15 単位	約 17 円	約 33 円	約 49 円	
排せつ支援加算(Ⅲ)		1月につき	20 単位	約 22 円	約 43 円	約 65 円	
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)		1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円	
協力医療機関連携加算		1月につき	100 単位	約 108 円	約 215 円	約 322 円	
高齢者施設等感染対策向上加算		1月につき	5 単位	約 6 円	約 11 円	約 17 円	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)		1月につき	(1ヶ月の総単位数 × 14.0%) のうちの1割相当分		左記の2割相当分	同 3割相当分	

(1) 介護保険給付対象サービス料金は、国が定める負担割合に応じて利用料金をご負担いただきます。
ただし、月々の利用者負担には上限があり、上限を超えた分は「高額介護サービス費」※が支給されます。

(2) 1ヶ月の利用料の計算方法は、1日あたりの金額に利用日数を乗じた額になりますが、介護保険の制度上、保人負担額に月により1円単位の誤差がでます。

※ 高額介護サービス費

区 分	負担の上限(月額)
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収1160万円以上	140,100 円(世帯)
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収770万円以上～約1160万円未満	93,000 円(世帯)
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収383万円以上～約770万円未満	44,400 円(世帯)
世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方	37,200 円(世帯)
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600 円(世帯)
・高齢福祉年金を受給している方 ・前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が 年間80万円以下の方等	24,600 円(世帯) 15,000 円(個人)
生活保護を受給されている方等	15,000 円(個人)

(1) 「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の上限額を指し、
「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

2. その他の費用

居住費		1日につき		2,261 F
食費		1日につき		2,310 F
金銭管理費		1ヶ月		1,000 F
日用品費		入居者・家族の希望		実 費
教養娯楽費		入居者・家族の希望		実 費
特別な食事		入居者・家族の希望		実 費
理美容代	パーマ、カラー等を提供。料金表参照	入居者・家族の希望		実 費
行事代	行事に参加した場合の参加費等	入居者・家族の希望		実 費
健康管理費	インフルエンザの予防接種	入居者・家族の希望		実 費
個人消耗材料	口腔ケアブラシ等	入居者・家族の希望		実 費
嗜好・補助食品代	希望により嗜好・補助食品を提供した場合	入居者・家族の希望		実 費
電話代	居室における利用者の希望によって提供します	入居者の希望	基本料	1,785 F
			開通工事費	8,800 F
			通話料	実 費
家族等の宿泊代	利用希望の日は宿泊 6日前、食事 4日前申込			実 費
	宿泊代（職員舎） 1,000円／日			
	食事代 朝 480円 昼 780円 おやつ 100円 夜 680円			
負担限度額適用者	保険料第一段階	居住費	1日につき	880 F
		食費	1日につき	300 F
	保険料第二段階	居住費	1日につき	880 F
		食費	1日につき	390 F
	保険料第三段階①	居住費	1日につき	1,370 F
		食費	1日につき	650 F
	保険料第三段階②	居住費	1日につき	1,370 F
		食費	1日につき	1,360 F

(1) 当施設の嘱託医による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれております。
それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

(2) 負担限度額の適用については、保険者が発行する限度額認定証によります。

(3) 負担限度額適用者の入院・外泊が7日以上になった場合、7日目以降の居住費については、1日あたり3,110円となります。

(4) 以下の全ての要件に該当する第4段階の方は、市区町村に申請することで、第3段階の負担軽減を受けることができます。

- ・2人以上の世帯の方
- ・世帯の年間収入から施設の利用者負担(介護サービスの利用者負担、食費、居住費)の見込額を除いた額が80万円以下
- ・世帯の現金、預貯金等の額が合計450万円以下 等