

介護老人福祉施設 重要事項説明書

(令和7年4月改定)

介護老人福祉施設サービスを提供するにあたり、施設の概要や提供するサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 北星会
主たる事務所の所在地	京都府宮津市字宮村1277番地
代表者（職名・氏名）	理事長 今出 陽一朗
設 立 年 月 日	昭和51年10月 8日
電 話 番 号	0772-22-8233

2. 事業所の概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム 与謝の園		
事業所の所在地	京都府与謝郡与謝野町字明石2120番地		
電話番号	0772-42-0051		
FAX番号	0772-42-0052		
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日	第2672000094号	
施設長(管理者)の氏名	前田 重人		
利用定員	75名		
併設事業所	短期入所生活介護事業所、通所介護事業所、訪問介護事業所、訪問入浴事業所、居宅介護支援事業所		
第三者評価の実施の有無	有	実施した直近の年月日	令和5年1月26日
実施した評価機関の名称	特定非営利法人 カロア	評価結果の開示状況	有

3. 運営の方針

利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者に寄り添い、支え合うユニットケアサービスを提供する。また、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する事業者との密接な連携に努める。

4. 主な職員の配置状況

職 種	員数	
管理者	1 名	施設長が兼務
医師	1 名	嘱託
生活相談員	1 名以上	短期入所生活介護事業所を兼務
看護職員	3 名以上	短期入所生活介護事業所兼務、通所介護事業所兼務、訪問入浴介護事業所兼務
介護職員	3 0 名以上	
管理栄養士	1 名以上	短期入所生活介護事業所を兼務
機能訓練指導員	1 名	看護職員を兼務
介護支援専門員	1 名	短期入所生活介護事業所を兼務

5. 提供するサービスの内容

(1) 食事

管理栄養士の作成した献立表により、栄養並びに契約者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

契約者の自立支援のため、離床してユニット内の食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。

①食事時間

朝食 午前7時00分～午前8時30分

昼食 午後0時00分～午後1時30分

夕食 午後6時00分～午後7時30分

(2) 入浴・整容

入浴は週2回を原則とし、身体状況に応じた個浴又は特殊浴槽（寝たまま入れるお風呂）を使用して入浴していただきます。なお、体調不良により入浴ができない場合は清拭を行います。

口腔ケアは、認知症の進行予防や健康な生活を送るため、食後・起床時・就寝前等必要に応じて行います。

(3) 排泄

排泄の自立を促すため、可能な限りトイレを使用し、契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

(4) 機能訓練

契約者の心身状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を機能訓練指導員（看護師等）が実施します。

(5) 健康管理

医師（嘱託医師）による診察や健康相談サービスを週1回受けることができます。

また、看護職員が随時医師の指導のもとに健康管理を行います。

(6) その他の自立支援

①寝たきり防止のため、離床（食事、レクリエーション、趣味活動、機能訓練、社

会参加活動等）を行います。

②生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行います。

③清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容を援助します。

6. 利用料等

(1) 基本利用料

負担割合	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割	6 7 0 円	7 4 0 円	8 1 5 円	8 8 6 円	9 5 5 円
2 割	1, 3 4 0 円	1, 4 8 0 円	1, 6 3 0 円	1, 7 7 2 円	1, 9 1 0 円
3 割	2, 0 1 0 円	2, 2 2 0 円	2, 4 4 5 円	2, 6 5 8 円	2, 8 6 5 円

・外泊時費用

1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき 2 4 6 円

・外泊時在宅サービス利用費用

1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて 1 日につき 5 6 0 円

(2) 居住費・食費

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
居住費	8 8 0 円	8 8 0 円	1, 3 7 0 円	1, 3 7 0 円	2, 0 6 6 円
食費	3 0 0 円	3 9 0 円	6 5 0 円	1, 3 6 0 円	1, 4 4 5 円

※入院及び外泊期間中も居住費（及び外泊時費用）を負担いただきます。月の途中で施設サービスの提供又は廃止した場合には、日割り計算となります。

※居住費及び食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている金額とします。

(3) 加算

加算の種類	1 割負担	2 割負担	3 割負担
個別機能訓練加算（Ⅰ）	1 2 円／日	2 4 円／日	3 6 円／日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	2 0 円／日	4 0 円／日	6 0 円／日
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1 0 0 円／月	2 0 0 円／月	3 0 0 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	4 0 円／月	8 0 円／月	1 2 0 円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	5 0 円／月	1 0 0 円／月	1 5 0 円／月
A D L 維持等加算（Ⅰ）	3 0 円／月	6 0 円／月	9 0 円／月
A D L 維持等加算（Ⅱ）	6 0 円／月	1 2 0 円／月	1 8 0 円／月
自立支援促進加算	2 8 0 円／月	5 6 0 円／月	8 4 0 円／月
日常生活継続支援加算	4 6 円／日	9 2 円／日	1 3 8 円／日
栄養マネジメント強化加算	1 1 円／日	2 2 円／日	3 3 円／日
再入所時栄養連携加算	2 0 0 円／回	4 0 0 円／回	6 0 0 円／回
退所時栄養情報連携加算	7 0 円／回	1 4 0 円／回	2 1 0 円／回

看護体制加算（Ⅰ）	4円／日	8円／日	12円／日
看護体制加算（Ⅱ）	8円／日	16円／日	24円／日
看取り介護加算（Ⅰ）			
死亡日以前 31 日以上 45 日以下	72円／日	144円／日	216円／日
死亡日以前 4 日以上 30 日以下	144円／日	288円／日	432円／日
死亡日以前 2 日又は 3 日	680円／日	1360円／日	2040円／日
死亡日	1280円／日	2560円／日	3840円／日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）	18円／日	36円／日	54円／日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）	21円／日	42円／日	63円／日
経口維持加算（Ⅰ）	400円／月	800円／月	1200円／月
経口維持加算（Ⅱ）	100円／月	200円／月	300円／月
経口移行加算	28円／日	56円／日	84円／日
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90円／月	180円／月	270円／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110円／月	220円／月	330円／月
療養食加算	6円／食	12円／食	18円／食
初期加算	30円／日	60円／日	90円／日
退所前訪問相談援助加算	460円／回	920円／回	1380円／回
退所後訪問相談援助加算	460円／回	920円／月	1380円／月
退所時相談援助加算	400円／回	800円／回	1200円／回
退所時情報提供加算	250円／回	500円／回	750円／回
退所前連携加算	500円／回	1000円／回	1500円／回
在宅復帰支援機能加算	10円／日	20円／日	30円／日
在宅・入所相互利用加算	40円／日	80円／日	120円／日
特別通院送迎加算	594円／月	1188円／月	1782円／月
若年性認知症入所者受入加算	120円／日	240円／日	360円／日
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3円／日	6円／日	9円／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4円／日	8円／日	12円／日
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150円／月	300円／月	450円／月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120円／月	240円／月	360円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円／月	6円／月	9円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13円／月	26円／月	39円／月
排せつ支援加算（Ⅰ）	10円／月	20円／月	30円／月
排せつ支援加算（Ⅱ）	15円／月	30円／月	45円／月
排せつ支援加算（Ⅲ）	20円／月	40円／月	60円／月
安全対策体制加算	20円／回	40円／回	60円／回
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円／月	20円／月	30円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5円／月	10円／月	15円／月

新興感染症等施設療養費	240円／日	480円／日	720円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100／月	200円／月	300円／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円／月	20円／月	30円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円／日	44円／日	66円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18円／日	36円／日	54円／日
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×140／1000に相当する金額		

※施設サービス提供に係る利用料は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、各保険者が発行する介護保険負担割合証に基づき介護報酬額の1割～3割の額とする。

※法定代理受領サービスに該当しない施設サービスを提供した際には、介護報酬告示上の額とする。

（４）その他費用

おやつ代	108円／日(希望者のみ)
理美容代	ご依頼による理美容サービス利用 実費
貴重品管理費	1,000円／月（入院時及び外泊時等を含む）
複写物の交付	20円／枚
医療費	実費
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品やレクリエーション活動費用などに要する費用）について、費用の実費をいただきます。

（５）社会福祉法人による利用者負担の軽減制度

施設では、社会福祉法人による利用者負担金の軽減を行っております。市町が発行する「社会福祉法人利用者負担金軽減確認証」を施設に提示していただくことが必要となり、提示いただいた月の利用者負担金から当該確認証に記載された率を軽減します。軽減の申請等、詳しくは各市町の介護保険担当までお問い合わせください。

（６）利用料金の支払い方法

料金は、1カ月ごとに計算し、請求しますので、翌月25日までに、次のいずれかの方法でお支払いください。お支払方法は、現金払いもしくは下記金融機関のうち、指定された預金口座からの自動振替によるお支払いをお願いします。

・京都銀行 ・京都北都信用金庫 ・ゆうちょ銀行 ・京都農業協同組合

※なお、振替日は毎月25日（25日が金融機関休業日の場合は翌営業日）となります。

7. 個人情報の保護について

施設は、契約者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

8. 緊急時における対応方法

契約者がサービス提供中に心身の状態が急変した場合は、施設医師の医学的判断により、協力医療機関又は関係医療機関に必要な措置をとるとともに契約者の家族及び関係機関等に緊急連絡します。

9. 事故発生時の対応

サービス提供中、事故が発生した場合、迅速に応急措置をとり、速やかに施設医師に医学的指示を仰ぎ必要な措置を講じるとともにご家族及び関係機関に連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

10. 苦情の受付

当施設に関する苦情や相談の窓口は、次のとおりです。

(1) 事業所の窓口

事業所苦情相談窓口	電話番号 0772-42-0051 受付時間 月曜日から金曜日 9時00分から18時00分 苦情受付担当者 生活相談員
社会福祉法人北星会 苦情解決第三者委員会	電話番号 0772-22-8233 (法人本部内) 受付時間 月曜日から金曜日 9時00分から18時00分

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	宮津市 健康福祉部 健康・介護課	0772-45-1619
	与謝野町 福祉課	0772-43-9021
	伊根町 保健福祉課	0772-32-0504
	京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談係	075-354-9090
	京都府福祉サービス 運営適正化委員会	075-252-2152

(3) 苦情受付の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

①【苦情受付の体制】

・電話 ・文書 ・来所

②【苦情対応の手順】

ア 苦情内容の把握

苦情の内容を把握し、どのような解決を望まれているのかを把握します。

イ 苦情内容への対応

まずはしっかりと苦情内容を聞き、それについての説明を行います。納得が得られた場合でも苦情があったことについては、管理者に報告するとともに社会福祉法人北星会苦情解決第三者委員会へ報告します。後日回答とした場合、関係者を含めて検討会議を行います。検討会議の結果を基に、調査結果や改善内容を管理者に報告し、管理者は具体的な対応を指示します。

ウ 利用者等への報告

放置したままにせずできるだけ早く謝罪を行った上で解決策等を提示します。

エ 記録の保存

対応した経過及び結果を記録し、5年間保存します。

オ 苦情の周知

苦情内容及びその対応の結果等を職員に周知し、再発防止策を協議検討します。

※苦情の対応にあたっては守秘義務を徹底するとともに、公正不偏の立場を保持し、利用者の正当な権利を損なわないように留意します。

令和 年 月 日

サービス提供の開始に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 所在地 京都府与謝郡与謝野町字明石 2 1 2 0 番地
事業所 社会福祉法人北星会
特別養護老人ホーム 与謝の園

職 名 生活相談員

氏 名 印

私は、事業所より重要事項説明書の説明・交付を受け、介護老人福祉施設サービスの提供開始及び介護保険適用サービス並びに介護保険適用外のサービス利用料金の支払に同意しました。

契約者(利用者)

住 所

氏 名 印

(署名・法定) 代理人

住 所

氏 名 (続柄) 印