

社会福祉法人 白鳳会

指定介護付ケアハウス フォーシーズンズヴィラそよかぜ

重要事項説明書

1. 施設経営法人概要

法人名	社会福祉法人白鳳会
法人所在地	徳島県吉野川市鴨島町上下島443番地2
電話番号	0883-24-6137
代表者氏名	理事長 美馬精一
設置年月日	昭和53年10月11日

2. 当施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階
- (2) 建物の延べ床面積 5,898.04 m²

3. ご利用施設

- (1) 施設の種類 特定施設 平成 20年 5月 1日指定
神奈川県 1473301321号

(2) 施設の目的

全室個室ユニットケアを特徴とする「個人の尊厳」を重視した施設であり、施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事などの支援、相談および援助、社会生活上の便宜、日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の援助を行うことにより、入居者様がその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにすることを目的としています。

施設の名称	社会福祉法人 白鳳会
	指定介護付ケアハウス フォーシーズンズヴィラそよかぜ
施設の所在地	神奈川県横浜市緑区三保町880
電話番号	045-938-0127
施設長（管理者）	西尾 智也

(3) 当施設の運営方針

- ①本事業所において提供する指定特定施設サービス（以下サービスとする）は、介護保険法並びに厚生労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとします。
- ②サービス提供に当たっては、入居者様の要介護状態の軽減または悪化の防止に努めるよう努め、日常生活に必要な援助を適切に行います。
- ③入居者様の意思や人格人権を尊重し、常に入居者様の立場に立ってサービスを提供します。
- ④明るく家庭的な雰囲気、家庭や地域の結びつきを重視し、市町村、保健医療サービス、他の福祉サービスを提供するものとの密接な連携に努めます。
- ⑤入居者様の生命または身体を保護するため緊急やむをえない場合を除き、身体拘束などの行動を制限する行為は行いません。
- ⑥施設サービス計画に基づき行い、定期的にサービスの質と管理、評価を行い常に改善を図っていきます。

(4) 開設年月日 平成20年5月1日

(5) 入居定員 100人

4. 居室等の概要

居室	100室	ベッド、トイレ、収納家具付
共同生活室	10室	各ユニットに1室
浴室	9室	個浴6室 一般浴1室 特別浴室2室
医務室	1室	3階
機能訓練室	1室	2階

*居室の変更について 入居者様の心身の状況により居室を変更させて頂く場合がありますが、その際には入居者様、ご家族様とご相談の上決定させていただきます。

5. 職員の配置基準

施設長	1名	施設の業務を統括する
事務員	1名	事務員は施設の庶務および会計事務に従事する。
生活相談員	1名	入居者様が生活する上で必要な相談、支援を行う
計画作成担当者	1名	施設サービス計画を作成し実施について指導監督を行う
介護職員	48名	入居者様の日常生活上の援助、相談、助言等を行う
看護職員	3名	入居者様の心身の状態を把握し、心身状況の維持、向上に努める。また、職員の衛生管理に努める
機能訓練指導員	1名	入居者様の身体機能を維持、向上に必要な訓練及び指導を行う
栄養士	1名	入居者様の栄養状態を把握し健康状態のサポートを行う

6. 職員の勤務体制

施設長(管理者)	8:30~17:30
生活相談員	8:30~17:30
計画作成担当者	8:30~17:30
介護職員	24時間体制(4交代制)
看護職員	8:30~17:30
機能訓練指導員	8:30~17:30
管理栄養士	8:30~17:30

7. 保証金

- ・利用料金を滞納された場合の保証金として30万円お振込み頂きます。
- ・なお保証金は退去時に現状回復の費用を差し引いて、返金いたします。
又、退居時に利用料金を滞納されている場合には充当させていただきます。

8. 利用料金

管理費	52,271円(20年分割払いの場合)
事務費	10,000円~32,900円(収入による減額制度があります)
生活費	共有48,764円・個室5,000円/冬期:2,183円(11~3月)

*介護保険自己負担額及び各種加算、手厚い介護人員配置費、水光熱費、通信費、おむつ代、日用品費、クリーニング代、理美容料金など、日常生活にかかる費用は実費となります。

*入院中の場合、生活費は日数に基づいて計算した額をお支払い頂きます。

*別紙参照 (1割負担・2割負担・3割負担等月額利用料金記載)

9. 介護保険の給付の対象となるサービス

(1) 入浴

- ・一般浴では入浴又は清拭を週3回行います(4回目以降の利用は実費発生の可能性あり)。
- ・一般浴での入浴が困難な方は機械浴槽を使用して入浴することができます。
その場合は入浴又は清拭を週2回行います(3回目以降の利用は上記同様です)。

(2) 排泄

- ・排泄の自立を促すため、入居者様の身体能力を最大限に活用した援助を行います。

(3) 食事(食材料費、調理にかかる料金は生活費に含まれます)

- ・栄養並びに入居者様の身体の状況を考慮した食事を提供します。
- ・入居者様の自立支援のため、離床して共同生活室にて食事をとって頂くことを原則としています。(入居者様の健康状態、通院等による時間・場所等の変更は必要に応じて行います)

食事時間	朝食	8:00	～	9:00
	昼食	12:00	～	13:00
	夕食	18:00	～	19:00

(4) 健康管理

- ・看護職員や訪問診療医が健康管理を行います。医療的ニーズの増大により重度化した場合の対応について指針を策定し、ご家族様へ説明し同意を得て行います。

(5) 口腔衛生管理

- ・介護職員が歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士から、日々の口腔ケアに関わる助言指導を受け、口腔内のケアを実施します。

(6) 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、入居者様の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の維持、向上を図るための訓練を実施します。

(7) 個別機能訓練加算Ⅰ

- ・機能訓練指導員により、入居者様の身体状況に適した内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた個別機能訓練を実施することで、身体機能の低下を防止するよう努めます。

(8) 個別機能訓練加算Ⅱ

- ・個別機能訓練加算で実施した情報等を厚生労働省に提出しフィードバックを受け活用します。

(9) 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

- ・外部理学療法士との連携加算で、理学療法士には、ご利用者様の生活機能、身体機能評価、機能訓練計画の見直しおよび設定を行っていきます。

(10) 夜間看護体制加算

- ・入居者様の重度化に伴う医療ニーズの増大等に対応する観点から、看護師の配置と夜における24時間連絡体制を確保しています。

(11) 協力医療機関連携加算

特定施設における介護と医療との連携を強化するため、入居者様の健康状態に関して継続的に記録するとともに、協力医療機関又は主治医に対して、定期的に情報提供を行います。

(12) 入居継続支援加算Ⅱ

- ・口腔、鼻腔内の喀痰吸引・胃ろうなどによる経管栄養・尿道カテーテル留置・在宅酸素療法・インスリン注射を実施している状態の入居者様が、施設全体の5%以上15%未満入居しています。その為介護福祉士の資格を持った職員を高い割合で配置しております。

(13) 科学的介護推進体制加算

- ・利用者様ごとのADL・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の心身に関わる状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出しフィードバックを受け活用します。

(14) 生産性向上推進体制加算Ⅱ

- ・介護現場における生産性の向上に向け、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入後の継続的な活用を支援するため、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減にと努める方策を検討する為の委員会や安全対策を講じて活用します。

(15) 退院・退所時連携加算

- ・病院等の医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れ、カンファレンスや担当者会議を開き、ご家族様へ内容説明を行います。

(16) 退居時情報提供加算

- ・医療機関へ退居する利用者について、入所者等の同意を得て心身状況・生活歴等の情報を提供した場合に算定され、病院で活用されます。

(17) 口腔・栄養スクリーニング加算

- ・6ヶ月ごとに当該利用者の栄養状態に係る情報をケアマネージャーに文章で共有しケアプランへ反映させます。

(18) 新興感染症等施設療養費

- ・厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、感染症に感染した入居者等に対し、適切な感染対策を行った上でサービスを提供した場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定されます。

(19) 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ

- ・感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けています。

(20) 身体拘束廃止未実施減算(利用料は変わりません)

- ・運営基準に定めた内容に違反した場合に介護度に応じて施設側が減算されます。

(21) お看取り介護加算

- ・医師の判断のもと回復不能な状態に陥ったときに、最期の場所及び治療等についてご入居者様の意思、ならびにご家族様の意思を最大限に尊重してケアを行います。
- ・重度化対応説明書について説明後、ご入居者様又は家族等の同意を得た場合、意思に相談指示を仰ぎながら、ご入居様にとっての苦痛を和らげる方法を取り、施設内で出来る限りの看取り介護をさせていただきます。

(22) 介護職員等処遇改善加算

- ・介護現場で働く方へのベースアップの為合計介護保険点数に上乘せした額を請求させて頂き、施設職員へ分配いたします。

(23) その他(自立への支援)

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行います。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるように援助します。

10. 介護保険の給付の対象外となるサービス

- ・入居者様との合意に基づき、介護保険の給付の対象外となるサービスを提供します。
- ・入居者様の金銭管理は、入居者様又は親族等が自ら行うことが原則であるが、施設は入居者様等が別に定める「金銭等管理規程」第2条に掲げる事由のいずれかに該当する場合は、入居者等に代わり、その金銭管理を行う事が出来る事とする。

11. ご利用料金のお支払方法

- ・ご利用にかかる料金は月末締めで計算し、ご請求させていただきます。
お支払方法は以下の方法にて対応しております。
- ①口座振替・・・翌月27日に指定口座より引き落としとさせていただきます。
(引き落とし手数料として、100円かかりますので、ご了承下さい)
- ②お振込み・・・翌月27日までに指定口座にお振込みください。
(振込手数料はご家族様負担となりますので、ご了承下さい)
- ・期間が1か月に満たない場合は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

12. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入居者様のご希望により、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。(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。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 (個人契約)	医療法人社団 ユニメディコ さとう内科クリニック
	神奈川県横浜市青葉区藤が丘1-25-9 グランブルー101 TEL: 045-530-0352 FAX: 045-532-3473
協力医療機関	横浜新緑総合病院
	神奈川県横浜市緑区十日市場1726-7 TEL: 045-984-2400 FAX: 045-983-4271
協力薬局機関 (個人契約)	薬保会調剤薬局
	神奈川県横浜市保土ヶ谷区西谷3丁目14-29 TEL: 045-381-5011 FAX: 045-381-5011
訪問歯科診療 (個人契約)	高村歯科医院
	東京都町田市小川3-2-5 TEL: 042-795-6718

1 3. 当施設ご利用にあたって

施設に入居されている入居者様の生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

- ・ 来訪時にお気づきの点がありましたら、いつでも職員にご意見をお聞かせください。
- ・ ご面会者様が風邪症状などの体調不良時には、面会を控えさせていただく場合もありますのでご了承ください。
- ・ 食べ物の持ち込みは、原則制限はありませんが、召し上がった物、量、置いていかれる物など、職員にお知らせください。また、食べ物の制限がある方もいらっしゃいますので、制限・配慮させていただく場合もあります。

なお、入居者様同士の食べ物の交換等をご遠慮ください。入居者様によっては、誤嚥・窒息の可能性がございますので、ご理解ご協力をお願いいたします。

面会	面会時間 9：00～17：00 事務所受付にあります「面会簿」にご記入ください。 *お看取りケア中やその他特例の際にはご相談ください。
禁止行為等	施設内での次の行為をご遠慮ください。 ・ 喧嘩または口論、泥酔するなど他の入居者に迷惑を及ぼすこと。 ・ 刃物・火気等危険物の持ち込み。 ・ 金品または物品によって、賭け事をする事。 ・ 宗教や習慣の違いなどで他人を排撃し、他人の自由を侵すこと。 ・ 所定場所以外での喫煙（ご面会者様のみ所定場所にて喫煙可）
外出・外泊	外出、外泊をされる場合は、前日（正午）までにお申し出ください。

施設・設備の使用上の注意

- ・ 居室及び共同生活室、共用施設、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・ 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり汚したりした場合には、入居者様の自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ 入居者様に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、居室に立ち入り、必要な措置をとることがあります。但しその場合、入居者様のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・ 入居者様同士の居室の行き来がある場合があります。お互いプライバシー等侵害しない様、居室の行き来をする場合は十分な配慮をお願いをしております。

1 4. 身体拘束について

・ 当施設では、日常生活のケアの充実、ケアの工夫を行い、入居者様が人間らしく活動的に生活するために、「拘束をしない介護」を行います。職員や入居者様が十分な配慮を行っても、転倒による骨折や怪我等の事故が発生する可能性はありますが、入居者様、ご家族様と十分に話し合い、ケアの検討を行います。

なお、運営基準に定めた内容に違反した場合、介護度に応じて減算されます。

15. 損害賠償について

- ・当事業所において、事業者の責任により入居者様に生じた損害については、事業者は速やかにその障害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。
- ただし、その障害の発生について、入居者様に故意または過失が認められる場合には、入居者様の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

16. 施設を退居していただく場合

- ・当施設との契約では契約が満了する期日は特に定めていません。従って、契約満了の事由がない限り、継続してサービスを利用することはできますが、退居していただく場合には当施設との契約は終了し、入居者様に退居していただくこととなります。
- ・入居者様から当施設の退居を申し出る場合には、退居を希望する日の7日前までに生活相談員までお申し出ください。
- ・入居者様が当施設を退居する場合には、入居者様の希望により、事業者は入居者様の心身の状況、置かれている環境などを勘案し、円滑な退居のために必要な援助を入居者様に対して速やかに行うよう努めます。
- ・なお、利用者同士のトラブルなどがあるときは、退居していただくことがあります。また、病的症状などが重くなり、自傷他害の恐れのある時には、ご家族様と相談の上、退居していただく場合がございます。

*入居者様が入院された場合について

入居者様の病状に応じてご家族様、医療機関と相談の上、退院後、再び入居することができます。しかし、3か月以内の退院が見込まれない場合には契約を解除させていただく場合があります。この場合には、ご家族様、医療機関、当施設にて相談の上、ご本人様にとって最適な環境でお過ごしいただけるように援助します。

17. 残置物引取人

- ・入居契約が終了した後、当施設に残された入居者様の所持品（残置物）を入居者様が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めています。当施設は「残置物引取人」に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。また、費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。

18. 身元保証人

- ・契約締結に当たり、神奈川県内又はその周辺（近県を含む）に居住する身元保証人1人を定めて頂きます。また身元保証人が担う当該責務は、極度額100万円を限度とします。身元保証人は契約に基づく入居者様の事業所に対する責務について、入居者様と連帯して履行の責務を負うとともに、入院手続きおよび契約解除、入居者様が亡くなられた場合などの必要な行為、その他入居者様の身上に関する必要な措置を行っていただきます。
- ・ただし、身元保証人を立てがたい、真にやむを得ない特別な事情があると認められる時は、身元保証人を立てないことを承認することができます。

19. 苦情の受付については次の窓口で対応いたします。

フォーシーズンズヴィラそよかぜ 苦情相談窓口（担当者）生活相談員、計画作成担当者 電話番号： 045-938-0127（原則として毎週月曜日～金曜日） 受付時間： 9：00～17：30
第三者委員会 第三者委員 金子 剛士 所在地：横浜市鶴見区鶴見中央1-14-1 電話番号：045-501-4122 第三者委員 伴 広樹 所在地：横浜市中区相生町6-104 横浜相生町ビル3階 電話番号：045-227-2238
行政機関その他苦情受付機関 横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢施設課施設運営係 所在地：神奈川県横浜市中区本町6-50-10 電話番号：045-671-3923 受付時間：8：30～17：00
国民健康保険団体連合会 所在地：神奈川県横浜市西区楠町27-1 電話番号：045-329-3445 受付時間：8：30～17：00

【説明確認欄】

令和 年 月 日

上記により、重要事項およびサービス内容を説明しました。

社会福祉法人白鳳会 指定介護付ケアハウス フォーシーズンズヴィラそよかぜ

説明者職名 生活相談員 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、指定特定施設サービスの提供開始に説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

契約者（入居者様）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者および身元保証人（契約者が記名できない場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

身元保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印