

# 指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

特別養護老人ホーム 神の園

**指定介護老人福祉施設重要事項説明書**  
(令和 7 年 1 月 1 日 現在)

**1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口**

電 話 0 7 7 4 - 9 4 - 4 1 2 5 (午前 9 : 0 0 ~ 午後 6 : 0 0 まで)  
担 当 生活相談員 ※ご不明の点は、何でもおたずねください。

**2. 特別養護老人ホーム 神の園の概要**

(1) 提供できるサービスの種類

種別 (指定番号)	指定介護老人福祉施設 (2 6 7 1 4 0 0 3 1 1)
名 称	特別養護老人ホーム神の園
所 在 地	京都府相楽郡精華町大字南稲八妻小字笛竹 4 1 番地

(2) 同施設の職員体制

	資 格	員数	業務内容
施設長、管理者	社会福祉士等	1	施設運営管理全般
医 師	医 師 (嘱託)	2	医療・健康管理
生活相談員	介護福祉士	1	相談援助業務
介護支援専門員	介護支援専門員	4	ケアプラン作成管理
管理栄養士	管理栄養士	1	栄養管理業務
機能訓練指導員	看護師	1	機能回復訓練等
事 務 員		5	事務
看護職員	看護師等	13	看護
介護職員	介護福祉士等 (常勤換算 51.4 人)	61	介護業務

**有資格者状況**

資 格	常勤	非常勤	合計	資 格	常勤	非常勤	合計
医師	0	2	2	介護支援専門員	4	0	4
看護師	3	10	13	社会福祉士	9	0	9
准看護師	1	2	3	介護福祉士	42	9	51
理学療法士	0	0	0	社会福祉主事	19	1	20
管理栄養士	1	0	1	初任者研修修了	25	10	35

※2つ以上の資格を有するものについては重複して掲載しています

定員	90 名	静 養 室	1 室 1 床
居室 (個室)	90 室(1 室 13.2 m <sup>2</sup> )	医 務 室	1 室
共同生活室	8 室(短期 1 室)	多目的室	2 室
浴 室	一般浴槽 4 槽	地域交流ホール	1 室
	特殊浴槽 4 槽	家 族 室	1 室

### 3. サービス内容

1	施設サービス計画の立案	8	特別食の提供
2	食事	9	理美容サービス
3	入浴	10	行政手続き代行
4	介護	11	日常費用支払い代行
5	機能訓練	12	所持品保管
6	生活相談	13	レクリエーション
7	健康管理	14	その他

### 4. 利用料金

(1) 地域区分 6級地→1単位＝10,27円

2) 基本料金 ユニット型介護福祉施設サービス費(I)

① 施設利用料 (1日あたりの単位)

	新規入居者
要介護度 1	652単位
要介護度 2	720単位
要介護度 3	793単位
要介護度 4	862単位
要介護度 5	929単位

② 各種加算等

加 算 内 容	加 算 額
日常生活継続支援加算 (Ⅱ)	46 単位／日
療養食加算※(糖尿病食等)	6 単位／食
精神科療養指導加算	5 単位／日
看護体制加算 (Ⅰ)	4 単位／日
看護体制加算 (Ⅱ)	8 単位／日
夜勤職員配置加算 (Ⅳ)	21 単位／日
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12 単位／日
栄養マネジメント強化加算	11 単位／日
口腔衛生管理体制加算	30 単位／月
協力医療機関連携加算	100 単位／月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	10 単位／月
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ)	40 単位／月
認知症専門ケア加算 (Ⅱ) ※	4 単位／日
若年性認知症入所者受入加算※ (40～64 歳対象)	120 単位／日
経口移行加算 (180 日間) ※	28 単位／日
経口維持加算 (Ⅰ) ※	400 単位／月
経口維持加算 (Ⅱ) ※	100 単位／食
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7 日間) ※	200 単位／日
看取り介護加算 死亡日以前 31 日以上 45 日以下※	72 単位／日
看取り介護加算 死亡日以前 4 日以上 30 日以下※	144 単位／日
看取り介護加算 死亡日以前 2 日または 3 日※	680 単位／日

看取り介護加算 死亡日当日※	1280 単位／日
初期加算（30 日間）※	30 単位／日
安全対策体制加算（入居初日）	20 単位／初日
外泊時算定（6 日間）※	246 単位／日
在宅復帰支援機能加算※	10 単位／日
退所前訪問相談援助加算※	460 単位／1 回
退所後訪問相談援助加算※	460 単位／1 回
退所時相談援助加算※	400 単位／1 回
退所前連携加算※	500 単位／1 回
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	（基本単位+加算単位）×0.140

※※印は対象者のみ算定

※月額上限 第1段階15000円 第2段階15000円 第3段階24600円  
第4段階（一般）37200円 第5段階（現役並み所得）44400円です。支給を受けるためには、高額介護サービス費の支給申請を行う必要があります（償還払い）

### ③食 費／居住費

利用者負担段階	食 費	居 住 費
第1段階	300円	880円
第2段階	390円	880円
第3段階(1)	650円	1370円
第3段階(2)	1360円	1370円
第4段階	1672円	2844円

### ④利用者負担段階（利用料・食費・居住費の減額）

食費・居住費については、利用者負担段階に応じて、負担限度額が定められています。各利用者負担段階の対象者は次の通りです。

利用者負担段階	対 象 者
第1段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者</li> <li>・生活保護受給者</li> <li>・配偶者も市町村民税非課税であり、預貯金等が単身で1000万円、夫婦で2000万円以下であること。</li> </ul>
第2段階	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が80万円以下の方</li> <li>・配偶者も市町村民税非課税であり、預貯金等が単身で650万円、夫婦で1650万円以下であること。</li> </ul>
第3段階(1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村民税世帯非課税であって、第2段階以外の方（課税年金収入が80万～120万円の方など）</li> <li>・配偶者も市町村民税非課税であり、預貯金等が単身で550万円、夫婦で1550万円以下であること。</li> </ul>
第3段階(2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村民税世帯非課税であって、第2段階以外の方（課税年金収入が120万円超の方など）</li> <li>・配偶者も市町村民税非課税であり、預貯金等が単身で500万円、夫婦で1500万円以下であること。</li> </ul>
第4段階	・上記以外の方（課税世帯）

※適用を受けるには、各市町村に介護保険負担限度額認定の申請を行う必要があります。不明な点は、生活相談員までお問い合わせください。

### (3) その他の料金

① 理容代	実 費
② 金銭等の管理（日常費用等支払い代行）	
A. 預金通帳をお預かり（開設）して管理する場合	3 0 0 0 円／月
B. 現金のみで管理する場合	1 0 0 0 円／月
③ レクレーション・行事等の材料費	実 費
④ クラブ活動参加費	
フラワーアレンジメント	実 費
茶 道クラブ	実 費
⑤ その他、入居者にご負担いただくことが適当と思われる、日常生活上必要となる諸費用	実 費

### (4) 支払方法

当月分の利用料を翌月 27 日にご指定の口座よりお引落としにて精算させていただきます。お支払いを確認させていただいた後、領収書を発行します。

## 5. 退居の手続き

### (1) 退居手続

#### ①お客様の都合で退居される場合

退居を希望される日の 7 日前までに文書にてお申し出ください。

#### ②自動終了

以下の場合、双方通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・お客様が他の介護保険施設に入居された場合
- ・介護保険給付で、サービスを受けていたお客様の要介護区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合

上記に関連し、要介護 1、要介護 2 の認定が下りた際、平成 27 年 4 月 1 日以降に入居されている方については原則退居となります。ただし、以下に示す一定の要件に照らし入居継続が必要と認められた場合は、特例入居者として引き続き入居が可能です。

- i. 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること。すなわち、認知症生活自立度Ⅳ以上とする。
- ii. 知的障がい・精神障がい等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられること。すなわち、認知症生活自立度Ⅲ以上、療育手帳 A、精神障がい者手帳 1 級のいずれかの認定を受けている者とする。
- iii. 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。

Ⅳ. 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。

- ・お客様がお亡くなりになった場合

### ③その他

- ・お客様がサービス料金を1ヶ月以上遅延し、料金をお支払いただくよう催告したにもかかわらず、30日間以内にお支払いをいただけない場合、またはお客様やご家族等が当施設や従業員に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為をおこなった場合は、退居していただくことがあります。この場合、契約終了10日前までに文書で通知します。
- ・お客様が、病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただく場合があります。なお、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合があります。この場合、契約終了60日前までに文書で通知します。

## 6. 当施設のサービスの特徴等

### (1) 運営の方針

当社会福祉法人は、カトリックの人類愛に基づき、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、または社会・経済・文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境・年齢および心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的として社会福祉事業を行います。また、当施設の特徴である全室個室・ユニットケア型の設備を生かし、入居者お一人お一人の生活習慣、生活リズムを大切に、「その人らしさの」の実現に向けて、個別ケアの実践を目指しています。

## 7. 施設利用にあたっての留意事項

### (1) 面会について

- ①月1回以上の面会を心がけてください。
- ②医師の指示により食事の制限等がある方もおられますので、食べ物を持参された方は必ず職員に申し出て頂き指示に従ってください。
- ③ご入居者の身体・精神状態は1日1日変化しています。面会に来られたときは面会名簿に記帳のうえ、必ず職員に声をかけて状態をお聞きください。

### (2) 外泊・外出について

- ①家族との交流を図る観点から、お正月・お盆または春秋の気候のよい時期には外泊にご協力ください。
- ②外泊・外出を希望される時は、事前にご連絡をお願いいたします。

### (3) 喫煙・飲酒について

- ①喫煙は、所定の喫煙所にてお願いします。喫煙・飲酒に関しては、ご本人の管理が難しい場合や、医師の指示にて量の制限があるにもかかわらず守れない等の場合は、職員がお預かりする場合があります。

#### (4) 金銭の管理について

- ①基本的には、ご本人にて管理していただきますが、ご希望時、管理が難しいと判断した場合はお預かりし管理させていただきます。
- ②所持品の持ち込みについて  
必ず職員に申し出てください。追加等のチェックさせていただきます。

#### (5) 施設内での診療、施設外での受診について

- ①入居中治療が必要になった場合は、嘱託医師が治療にあたります。(内科：週2回)
- ②嘱託医師の判断により内科以外、または専門医の診療の必要がある判断した場合、本人の希望があった場合などは、その必要に応じ受診します。また、その際は医師からの説明等もある事から家族様の同行をお願いいたします。
- ③嘱託医師が不在の場合は、協力病院へ受診することになります。
- ④薬の持ち込みはしないでください。やむを得ない事情がある場合は、看護師にご相談ください。
- ⑤入院時、病院より付き添いを依頼されることがあります。ご家族で付き添いできない場合は、付き添い等の業者を紹介させていただいています。ご相談ください。
- ⑥診療・入院等の費用は自己負担です。入院時の日用消耗品（オムツ・ティッシュ等）は実費負担となります。

#### (6) 設備・器具の利用

- ①施設内の設備・器具等は使用方法を守ってご使用ください。万が一入居者、ご家族様等の過失により破損された場合は、弁償していただく場合がございます。

### 8. 秘密保持

- (1) 職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た入居者またはその家族の秘密を漏らしません。この守秘義務は退職後も同様です。
- (2) 当施設では、守秘義務を厳守するため、採用時に職員より誓約書をとっています。

### 9. 緊急時の対応方法

お客様の容態の変化等が合った場合は、医師に連絡等必要な処置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。ご家族様には緊急時連絡先の登録をお願いいたします。※ご家族様への連絡は、事後になることもあります。

### 10. 事故発生時の対応

- (1) 入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに入居者家族及び関係市町村、山城南保健所等の関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- (2) 賠償すべき事故が発生した際は、できる限り速やかに損害賠償を行います。

## 11. 協力医療機関

協力医療機関は下記の通りです

◆精華町国民健康保険病院	T E L	0774-94-2076
◆医聖会 学研都市病院	T E L	0774-98-2133
◆後藤田歯科医院	T E L	0774-82-5262

## 12. 非常災害対策

### (1) 災害時の対応

入居者の安全確保・各機関への連絡連携等、消防（災害）計画を作成し対応しています。

### (2) 防火設備

- ・P型自動火災通報設備
- ・消火器
- ・非常通報設備
- ・非難器具
- ・誘導灯及び誘導標識
- ・補助散水栓設備
- ・スプリンクラー設備

### (3) 防火（防災）訓練

年2回

### (4) 防火管理責任者

齊藤裕三（施設長）

## 13. サービス内容に関する相談・苦情

### (1) 当施設お客様相談・苦情係

#### ①苦情受付窓口（担当者）

◆施設担当者 谷村 奈南（生活相談員）  
安岡 みゆき（介護支援専門員）  
T E L 0774-94-4125 F A X 0774-93-2305

◆第三者委員 中谷悦治  
白畑丈子  
T E L 090-8219-4576

②受付時間 平日 午前10時00分～午後4時00分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

◆京都府国民健康保険団体連合会	T E L 075-354-9011
◆京都府山城南保健所企画調整室	T E L 0774-72-4301
◆精華町役場福祉課介護保険係	T E L 0774-94-2004

### (3) その他

特養1Fエレベーター前に意見箱を設置しております。苦情・サービス内容等、皆様のご意見をお聞かせ下さい。

## 14. 養成機関等の実習受け入れについて

当施設では介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、介護職員初任者研修等の養成機関（大学、専門学校等）からの依頼を受け、施設見学や現場実習の受け入れを行っています。実習生が利用者、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や当施設従業者により指導を行っています。なお、実習生も職員と同様に個人情報の取扱いを適正に行うものとします。



## 15. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 カトリック 京都司教区 カリタス会
代表者役職・氏名	理事長 井上 新二
本部所在地 電話／FAX	〒604-8006 京都市中京区河原町通り三条上ル下丸屋町 423 T E L 075-211-3025 FAX 075-211-3041
神の園が行う 関連事業	<p>&lt;介護保険関連事業&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 特別養護老人ホーム神の園</li> <li>2. 短期入所生活介護センター神の園</li> <li>3. デイサービスセンター神の園</li> <li>4. 白百合訪問介護ステーション神の園</li> <li>5. ホームヘルプ神の園</li> <li>6. 小規模多機能型居宅介護下狛ふれあいの家</li> <li>7. 精華町在宅介護支援センター神の園（居宅介護支援）</li> <li>8. 精華町北部包括支援センター</li> <li>9. グループホーム花笑み（認知症対応型共同生活介護）</li> <li>10. 小規模多機能型居宅介護花笑み</li> </ol> <p>&lt;その他の事業（老人福祉関連事業のみ抜粋）&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ケアハウス神の園（第一種社会福祉事業）</li> <li>2. サービス付き高齢者住宅花笑み（公益事業）</li> </ol>

契約をする場合は以下の確認をすること

令和      年      月      日

介護老人福祉施設入居にあたり、入居者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地      京都相楽郡精華町大字南稻八妻小字笛竹4 1 番地

名    称      特別養護老人ホーム    神    の    園

説明者      職種

氏名

㊞

私は、契約書および本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、本書類を一部受領しました。また、本書面記載の利用料及びその他私の希望により生じた必要な諸費用について支払いをすることに同意いたします。

入居者

住    所

氏    名

㊞

保証人

住    所

氏    名

㊞

本人との続柄

## 指定介護老人福祉施設利用契約における個人情報使用の同意書

## 1. 使用する目的

- ①事業者が、介護保険法に関する法令に従い、施設サービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合
- ②入居者が疾病その他の理由で病院・診療所等の受診や入院する際に必要な情報提供
- ③入居者の退居に伴い、他の指定介護老人福祉施設及び老人保健施設に入居する際に必要な情報提供
- ④入居者の退居に伴い、在宅サービスを利用される場合に必要な指定居宅介護支援事業所への情報提供

## 2. 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、上記の使用の目的の範囲内で最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に決して漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。  
②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

### 3. 個人情報の内容（例示）

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他一切の入居者及びその家族に関する情報
- ・ 認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見等
- ・ その他の情報

#### 4. 使用する期間

使用する期間は、本施設入居時に締結する「介護老人福祉施設サービス契約書」の契約期間と同様とする。

令和      年      月      日

指定介護老人福祉施設 社会福祉法人カトリック京都司教区カリタス会  
特別養護老人ホーム神の園 様

私及びその家族の個人情報については、上記に記載するところにより使用することに同意いたします。

入 居 者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人住所

氏 名 印