

地域密着型介護老人福祉施設

小規模特別養護老人ホーム 「花むつ苑」

# 重要事項説明書

◇◆目次◆◇

1. 事業の目的と運営方針	2
2. 施設内容	2
3. サービスの内容	3
4. 利用料金	4
5. サービス利用に当たっての留意事項	5
6. 非常災害対策	5
7. 緊急時の対応	6
8. 事故発生時の対応	6
9. 守秘義務に対する対策	6
10. 入居者の尊厳	6
11. 身体拘束の禁止	6
12. 苦情相談窓口	6
13. 協力医療機関	7
14. 損害賠償について	7

## 1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対して、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2. 施設の内容

### ①事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 新清会
- (2) 法人所在地 福井市引目町第21号9番地の2
- (3) 電話番号 0776-38-9280
- (4) 代表者氏名 理事長 吉田 新内
- (5) 設立年月日 平成8年5月24日

### ②事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護
- (2) 事業所の名称 小規模特別養護老人ホーム 花むつ苑
- (3) 事業所の所在地 福井市花堂中1丁目5-6
- (4) 電話番号 0776-34-8762
- (5) 事業所長氏名 苑長 吉田 新内
- (6) 事業開始年月 平成22年4月1日

### ③施設の従業者体制

職 種	業務内容	常勤	非常勤	合計
苑 長	業務一元的な管理	1名	—	1名
医 師	健康管理及び療養上の指導	—	1名	1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名	—	1名
介護支援専門員	施設サービス計画等	1名	—	1名
介護職員	介護業務	12名以上	2名以上	14名以上
看護職員	心身の健康管理、身体機能のチェック及び指導、保健衛生管理	2名以上	—	2名以上
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	—	1名	1名
管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名	—	1名
調 理 職	調理業務	1名以上	1名	2名以上
宿 直	宿直業務	—	2名以上	2名以上

#### ④介護の基本勤務体制

内 容	人 数
早 出	3名
日 勤	3名以上
遅 出	3名
夜 勤	2名

#### ⑤設備の概要

##### ○ 居室

定 員	29名
ユニット型個室	29名

入居者の居室には、介護ベット・タンス等を備品として備えております。

##### ○ 食堂

入居者が利用できるテーブル・椅子などの備品類を備えています。

##### ○ 浴室

浴室には入居者が利用しやすいように、個別浴槽を設けます。

##### ○ 洗面上及び便所

必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けています。

##### ○ 機能訓練室

入居者が利用できる機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練等を実施します。

##### ○ 医務室

入居者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、入居者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

### 3. サービスの内容

#### (1) 基本サービス

##### ① 食事

区 分	時 間
朝 食	7：30～
昼 食	12：00～
夕 食	18：00～

##### ② 介護

食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ介助、体位変換、口腔ケア、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上のお世話をします。

- ③ 入浴 可能な限り入居者の希望に応じて入浴の機会を設けます。状態によっては、特別浴又は清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練 入居者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 理容・美容 料金は自己負担
- ⑥ レクリエーション 月々多彩な行動等を実施しています。

#### 4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設が法定代理受領サービスであるときは、介護報酬の告示上の額として設定し、所得に応じて1割または2割を利用者負担とします。

利用料金等につきましては、施設の体制及び制度改正等にて変更になる場合があります。

#### 介護報酬告示額

##### (1) 単位数

介護区分	単位数 (ユニット型個室)
要介護1	625 単位/日
要介護2	691 単位/日
要介護3	762 単位/日
要介護4	828 単位/日
要介護5	894 単位/日

##### (2) 加算単位数

加算	内 容	単位数
介護職員処遇改善加算	所定単位数に5.9%を乗じた単位数を算定	
初期加算	施設内で生活に慣れるために様々な支援を必要とするため(利用日から30日に限る)	30 単位/日
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置している	12 単位/日
看護体制加算Ⅱ	常勤換算で看護職員を2名以上配置している	23 単位/日
夜勤職員配置加算Ⅱ	夜勤を行う介護職員の数が、最低基準を1人以上上回って配置している	46 単位/日
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上配置している	18 単位/日
サービス提供体制強化加算Ⅰロ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上配置している	12 単位/日

サービス提供体制強化加算Ⅱ	看護・介護職員の総数のうち、常勤職員の占める割合が75%以上配置している	6単位/日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	入居者に直接提供する職員の総数のうち、勤続三年以上占める割合が30%以上配置している	6単位/日
日常生活継続支援加算	入居者総数のうち介護度4～5の割合が65%以上・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が60%以上で、介護福祉士を入居者6又はその端数を増すごとに1人以上配置している。	23単位/日
個別機能訓練加算	入居者の状態に合わせて自立支援、現状維持を目的にしながら、機能訓練を実施している	12単位/日
口腔機能維持管理体制加算	歯科衛生士が介護職員に対し口腔ケアの係る技術的助言及び指導を月1回以上実施している	30単位/月
外泊加算	入居者が病院等の入院を要した場合及び居宅に外泊された場合（1回の入院または外泊の期間連続して6日間、月をまたぐ場合は連続して12日間まで算定）	246単位/日
栄養マネジメント加算	常勤の管理栄養士を1人以上配置 医師、歯科栄養士等が共同して栄養ケア計画を作成し、栄養管理の実施、記録を行っている	14単位/日
療養食加算	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合、また栄養士の管理のもと、入居者に適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われる	23単位/日
看取り加算	医師・看護師・介護職員等などが共同して、入居者の状態または家族の求めなどに応じ随時説明を行い、同意を得て看取り看護を行う（30日限度） ・死亡日以前4～30日前 ・死亡日の前日、前々日 ・死亡日	144単位/日 680単位/日 1280単位/日

※ 介護報酬は1単位あたり地域区分単価10,14円（7級地）を乗じます

### (3) 「居住費」及び「食費」 1日あたりの金額

居室	居住費	食費
ユニット型個室	2,200円	一日 1,500円 内訳 朝 400円 昼 550円 夕 550円

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

#### (4) その他の個人で負担していただく物

【持込物品に関しては（寝具やじゅうたん、カーテン等）防災物品に限らせていただきます】

- ・個人の日用品費（実費）
- ・電気代：冷蔵庫、テレビ等電化製品持込使用料
- ・医療費（在宅酸素代含む）
- ・理美容代金（実費）
- ・手芸材料費、レクリエーション費等（実費）
- ・外出時の食事等（実費）
- ・入院・外泊中の個室料

居 室	個室料（1日あたり）
ユニット型個室	2,200円

※ 介護保険限度額認定証の所持者は、外泊時加算期間のみ12日間を上限として負担軽減の額を徴収させていただきます。

#### 5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①入居者又はその家族は、体調の変化があった際には職員にご一報ください。
- ②施設内での金銭及び食物などのやりとりは、ご遠慮ください。
- ③職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

#### 6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連携を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回入居者及び職員等の訓練を行います。

#### 7. 緊急時の対応

緊急時 心身状態の異変や容体急変の時は、「家族等への連絡一覧」によって家族に連絡すると共に、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

終末期 人生の終末期には、特別な介護（ターミナルケア）が必要となります。その節は、施設療養か入院治療か、家族と嘱託医による話し合いがもたれます。その際は、一時的に居室又は療養室にて家族付添いをお願いする場合があります。

#### 8. 事故発生の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 9. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た入居者又はその家族の守秘を保守します、また、退職後においてもこれらの守秘を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

## 10. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

## 11. 身体拘束の廃止

原則として、入居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行い、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入居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。

## 12. 苦情相談窓口

### (1) 苦情の受付

当施設に対する苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

苦情受付担当者 (苑長) 吉田新内

苦情受付責任者 (苑長) 吉田新内

受付時間 毎週 月曜～金曜日 8:30～17:30

ご利用方法 電話番号 0776-34-8762

### (2) 理事長へ直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号(住所記入不要です)

社会福祉法人 新清会 理事長 吉田新内 宛て

### (3) 苦情受付機関

福井県国民健康保険団体連合会 福井市西開発4丁目202-1自治会館

0776-57-1614

ハート支援室

福井市光陽2丁目3-22

(福祉サービス運営適正化委員会) 0776-24-2347

福井市介護保険課

福井市大手3丁目10-1

0776-20-5715

### (4) 苦情解決第三者委員会

酒井 郷衛 電話番号 0776-38-2172

福野 家光 電話番号 0776-38-1243

下川 道雄 電話番号 0776-22-5253



近藤 喜代美      電話番号 0776-35-8009  
公平・中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

### 13. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合などには、速やかに対応をお願いするようになっています。

#### ○協力医療機関

医療法人 慈豊会 田中病院

院長 田中廣昌

〒910-0005 福井市大手2丁目3番1号

電話番号 0776-22-8500

医療法人 梅田歯科医院

理事長 梅田健吾

〒918-8026 福井市湊3丁目1017

電話番号 0776-34-5666

### 14. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入居者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。

ただし、損害の発生について、入居者に故意又は過失が認められた場合には、入居者の置かれた心身の状態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。又は、その損害の賠償を請求できるものとします。

介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入居者に対して契約書及び本書面に基づき重要な事を説明し交付しました。

平成 年 月 日

**【事業者】**

事業所名

---

職 名

---

氏 名

---

⑩

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

**【入居者】**

住 所

---

氏 名

---

⑩

**【代理人】**

住 所

---

氏 名

---

⑩

続 柄

---

○緊急時の対応

入居者氏名	生年月日  年 月 日生
-------	--------------------

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先 1	
氏名	(続柄 )
住所	〒 -
電話番号	( ) -
勤務先電話	( ) -
携帯電話	( ) -
緊急連絡先 2	
氏名	(続柄 )
住所	〒 -
電話番号	( ) -
勤務先電話	( ) -
携帯電話	( ) -

主治医

病院または 診療所名	
医 師	
医 師	

## 入居者に関する個人情報の第三者への提供に関する同意書

入居者氏名 \_\_\_\_\_ 様（以下「入居者」という）と社会福祉法人新清会  
花むつ苑介護老人福祉施設（以下「事業者」という）は、入居者に関する個人情報を第三者  
機関へ提供することに関して、以下の3項に同意する。

1. 事業者および事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさない。この守秘義務はサービスに関する契約が終了した後も同様とする。
2. 事業者および事業者の使用する者が、サービスを提供する上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報に関して、事業者が提供するサービス以外に入居者が利用するサービスを提供する第三者の機関等（病院・居宅介護支援事業所等）に対して、提供することが必要かつ適切であると判断した内容の情報を事業者が提供することに、入居者およびその家族・代理人等はこの書面にて同意する。
3. 事業者および事業者の使用する者がサービス提供をする上で知りえた入居者およびその家族・代理人等に関する情報に関して、事業者は、前項に関する情報の提供以外に入居者およびその家族・代理人等から予め文書で同意を得ない限り、第三者への情報の提供をしないこと。

契約締結日 平成 年 月 日

入 居 者

[ 住 所 ]

---

[ 氏 名 ]

---

⑩

家族又は代理人

[ 住 所 ]

---

[ 氏 名 ]

---

⑩

事 業 者

[ 住 所 ]

---

[ 事業者名 ]

---

[ 代表者名 ]

---

⑩