

介護福祉施設サービス重要事項説明書

社会福祉法人 若州福祉会

[指定介護老人福祉施設] もみじの里

重要事項説明書（介護福祉施設サービス）

あなたに対する介護福祉施設サービス提供にあたり、介護保険法及び福井県条例等に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

平成30年8月1日現在

1. 事業者の概要

| | |
|-------------|------------------|
| (1) 事業者の名称 | 社会福祉法人 若州福祉会 |
| (2) 事業者の所在地 | 福井県小浜市東勢11号3番 |
| (3) 代表者の氏名 | 理事長 吉田 敏 貢 |
| (4) 電話番号 | 0770-52-0084 (代) |
| (5) 設立年月日 | 平成14年12月 |

2. ご利用施設の概要

| | |
|--------------|----------------------------------|
| (1) 施設の種別 | 介護老人福祉施設 平成27年4月1日指定(福井県指令長第43号) |
| (2) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム もみじの里 |
| (3) 施設の所在地 | 福井県小浜市東勢11号3番 |
| (4) 施設長の氏名 | 施設長 福井 拓 哉 |
| (5) 電話番号 | 0770-52-0084 (代) |
| (6) F A X 番号 | 0770-52-4074 |
| (7) 開設年月 | 平成17年10月 |
| (8) 入所定員 | 70名(ユニット型個室) |

3. 事業者の目的と運営の方針

| | |
|------------|--|
| (1) 事業者の目的 | 介護保険法の理念を尊重し、高齢者が要介護状態になった場合においても、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう施設サービスを提供することを目的とします。 |
| (2) 運営の方針 | ①老人ホームは大きな家族 ②もみじの手がご家族を包みます ③豊かな時間を作る「挨拶、笑顔、謙虚」 |

4. 施設の設備

| | | |
|----------|---------|---|
| (1) 建 物 | 敷地面積 | 5,093.00㎡(老人福祉施設もみじの里としての面積) |
| | 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 3階建 |
| | 延床面積 | 5,385.60㎡(内特別養護老人ホームは3,419.96㎡) |
| (2) 部 屋 | ユニット型個室 | 70室 【1ユニット10人×7ユニット】 |
| (3) 主な設備 | 共同生活室 | 7ユニット |
| | ト イ レ | 1ユニットに2箇所×7ユニット 2ユニットに1箇所×4ユニット(ショートステイ含む) |
| | 一 般 浴 室 | 2室 |
| | 特 殊 浴 室 | 2台 |
| | 医 務 室 | 1室 |
| | 居 室 | 洗面所、たんす、机、いす、収納庫、エアコン、ベッド |
| | 地域交流ホール | 175㎡、カラオケ機、プロジェクター、音響、照明設備 |

5. 主な職員の配置状況

※ 職員の配置については、指定基準を満たしています。

| 職 種 | 配 置 人 員 | 指定基準人員 |
|-------------------|------------|------------|
| (1) 施 設 長 | 1名(兼務) | 1名(兼務) |
| (2) 生 活 相 談 員 | 2名以上(兼務) | 1名(兼務) |
| (3) 看 護 職 員 | 3名以上 | 3名(兼務) |
| (4) 介 護 職 員 | 37名以上(兼務) | 21名(兼務) |
| (5) 管 理 栄 養 士 | 1名以上 | 1名(兼務) |
| (6) 機 能 訓 練 指 導 員 | 3名以上 | 1名(兼務) |
| (7) 介 護 支 援 専 門 員 | 2名以上(兼務) | 1名(兼務) |
| (8) 医 師 | 1名(非常勤で兼務) | 1名(非常勤で兼務) |

6. 主な職員の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|-------------------|--------------------------|
| (1) 生 活 相 談 員 | 日 勤： 9：00～17：45 |
| (2) 看 護 職 員 | 日 勤： 9：00～17：45 |
| (3) 介 護 職 員 | 日 勤： 9：00～17：45(早出・遅出あり) |
| | 夜 勤： 17：00～10：00 |
| (4) 管 理 栄 養 士 | 日 勤： 9：00～17：45 |
| (5) 機 能 訓 練 指 導 員 | 日 勤： 9：00～17：45 |
| (6) 介 護 支 援 専 門 員 | 日 勤： 9：00～17：45 |
| (7) 医 師 | 月2回 |

7. 介護保険給付対象施設サービスの概要と利用料

※ 自己負担額に記載した金額は、1割に相当する金額で、残りの9割は介護保険から直接事業者
に支払われます。ただし、65歳以上の被保険者の方のうち合計所得金額160万円以上220万円未
満の単身の方は、負担割合は2割になります。同じく65歳以上の方で、合計所得金額が220万
円以上の方は3割負担となります。そのうち、合計所得金額が220万円以上であっても、世帯の
65歳以上の方の年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で340万円、2人以上の世帯で
463万円未満の場合は2割負担又は1割負担になります。

| サービスの種類 | 内 容 | 自己負担額 |
|----------------|--|---|
| (1) 栄養マネジメント体制 | <ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入所者の身体の状態を考慮した食事を提供します。 入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケアマネジメントを行います。 | 栄養マネジメント加算 1日当たり 14円 |
| (2) 日常生活継続支援体制 | <ul style="list-style-type: none"> 要介護度の高い高齢者を中心とした生活重視型施設としての位置付けを踏まえ、介護が困難な方に対する質の高いケアを実施します。 介護福祉士の資格を持った介護職員を入所者6名に対し、1名の割合以上を配置します。 | 日常生活継続支援加算 1日当たり 46円 |
| (3) 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴又は清拭を週2回行います。 寝たきりでも特殊浴槽を使用して入浴することができます。 | 【サービス費】 1日当たり 要介護1：636円 要介護2：703円 要介護3：776円 要介護4：843円 |
| (4) 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> 排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限活用した援助を行います。 | |
| (5) 健康 管理 | <ul style="list-style-type: none"> 医師や看護職員が、健康管理を行います。 | |

| | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|
| (6) その他の自立への支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・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、毎日の着替えを行うよう配慮します。 | 要介護5：910円 |
| (7) 看護体制加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の重度化等に伴う医療ニーズに対応するため、常勤の看護師及び看護職員の配置を基準以上配置します。 | 1日当たり 12円 |
| (8) 夜勤職員配置加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・夜間においても手厚い介護をするため、吸痰吸引行為のできる夜勤職員を基準以上配置します。 | 1日当たり 21円 (未配置の場合18円) |
| (9) 介護職員処遇改善加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の給与水準が低いため、介護職員の給与の改善に充てることを目的としています。 | 各報酬単価の8.3% |
| (10) 入院・外泊 | <ul style="list-style-type: none"> ・7日以内の入院時、又、外泊時におきましても、介護保険サービス費がかかります。 | 1日当たり 246円 |
| (11) 食事時間等療養食の提供(対象者のみ) | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の自立支援のため、離床して共同生活室にて食事を摂っていただくことを原則としています。 (食事時間) 朝食 7:45 昼食 12:00 夕食 18:00 ・医師より入所者に対して、疾患治療の手段として発行された食事せんに基づく療養食(糖尿病、腎臓病、肝臓病、胃潰瘍(流動食は除く)、貧血、すい臓病、脂質異常症、痛風及び特別な場合の検査食)を提供した場合 | 療養食加算 1回当たり 6円 (1日につき3回まで) |
| (12) 初期体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所当初の施設生活に慣れていただき、円滑に施設生活へ移行していただくため様々な支援を行います。 | 初期加算 1日当たり 30円 (入所後30日間) |
| (13) 低栄養リスク改善加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態にある入所者又は低栄養状態のおそれのある入所者に対して、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議を行い、入所者ごとに低栄養状態の改善等を行うための栄養管理方法等を示した計画を作成し、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行います。 | 低栄養リスク改善加算 6ヵ月に1回 300円 |
| (14) 褥瘡マネジメント加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・継続的に入所者ごとの褥瘡管理をし、必要な方に褥瘡ケア計画を作成します。 | 褥瘡マネジメント加算 3ヵ月に1回 10円 |

※ 利用料減免制度

当事業者は、社会福祉法人として、低所得の入所者の方でも利用しやすいように利用料の減免を行っておりますので、お尋ねください。

※ 高額介護サービス費の制度

月額44,400円(但し、下記8表にある第1段階及び第2段階にあたる方は、15,000円、第3段階にあたる方は、24,600円をこえた部分は、上記に規定しました法人の減免制度や高額介護サービス費として払戻し手続きがありますので、お尋ねください。)

8. 介護保険給付対象とならないサービスの概要と利用料

| サービスの種別 | 内 容 | 利 用 料 金 |
|---------------------------|---|--|
| (1) 居 住 費 | <p>・ユニット型個室にかかる室料、光熱水費をいただきます。但し、居住費負担限度額認定者は、その負担限度額です。</p> <p><u>第1段階</u>・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者</p> <p><u>第2段階</u>・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の方</p> <p><u>第3段階</u>・上記の金額が、80万円を超え第2段階以外の方</p> <p>【居住費については、外泊期間・入院期間(7日目以降)も費用(負担限度段階にかかわらず1,970円)をいただきます】</p> <p>※ 但し、長期入院の場合は一時的に居室を明け渡していただくことがあります。その期間は居住費はいただきません。</p> | <p>1日当たり 1,970円</p> <p>限度額認定者 <u>第1段階</u> 820円/日</p> <p><u>第2段階</u> 820円/日</p> <p><u>第3段階</u> 1,310円/日</p> |
| (2) 食 費 | <p>・食事にかかる食材料費、調理費用をいただきます。但し、食費負担限度額認定者は、その負担限度額です。</p> <p><u>第1段階</u>・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者</p> <p><u>第2段階</u>・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と所得金額の合計が80万円以下の方</p> <p><u>第3段階</u>・上記の金額が、80万円を超え第2段階以外の方</p> | <p>1日当たり 1,500円</p> <p>限度額認定者 <u>第1段階</u> 300円/日</p> <p><u>第2段階</u> 390円/日</p> <p><u>第3段階</u> 650円/日</p> |
| (3) ケーブルテレビ受信料 | <p>・希望者にケーブルテレビの受信料をお支払いいただきます。</p> | 実 費 |
| (4) 理 美 容 代 | <p>・月1回、理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。</p> | 実 費 |
| (5) 日 用 品 費 (補助食等を含む) | <p>・入所者又はご家族の希望によって個人的な嗜好や自由な選択によって購入させていただきます。</p> | 実 費 |
| (6) 健 康 管 理 費 (予防接種費用) | <p>・毎年定期に実施しますインフルエンザ等の予防注射を受けていただきます。</p> | 実 費 |
| (7) 医 療 費 | <p>・医療機関において受診した費用については、医療保険適用により自己負担していただくこととなります。</p> | 医療保険制度に基づく一部負担金 |

※(1)居住費の金額設定について

① 施設の建設費から補助金を差引、原価期間の20年で割る。②建設費の借入金の利息を原価期間の20年で割る。③年間の見込み修繕費・維持保守費 ④共同生活室に整備した備品 ⑤光熱水費 の合計金額より算定いたしました。

(2)食費の金額設定について

食材料費と調理にかかります人件費の合計金額より算定いたしました。

9. 入所者が入院された場合の取扱

| | |
|-----------------------|--|
| (1) 検査入院等7日間以内の入院 | ・退院後再び本施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、7.(10)の利用料をご負担いただきます。 |
| (2) 8日間以上3ヶ月以内の入院 | ・8日間以上の入院で3ヶ月以内に退院できる見込がある場合には、退院後も本施設に入所できます。 |
| (3) 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合 | ・3ヶ月以内に退院できる見込がない場合は退所となります。この場合には、契約者の希望により居宅介護支援事業所又はその他の老人介護施設等と連携し、必要な援助を行います。 |

10. 協力病院及び歯科協力病院について

| | |
|-------------------|--------------------|
| (名称) 杉田玄白記念公立小浜病院 | (住所) 福井県小浜市大手町2番2号 |
|-------------------|--------------------|

11. 苦情の受付について

| | |
|---|--|
| 本事業者における苦情受付 | <ul style="list-style-type: none"> ・苦情受付窓口 (担当者) 生活相談員 岡本祐樹 介護主任 橋本昇 介護主任 沖西厚至 ・苦情解決責任者 施設長 福井拓哉 ・受付電話番号 0770-52-0084 ・苦情受付時間 毎週月曜日～金曜日午前9:00～午後4:00 |
| <p>・本事業者以外にも、居宅介護支援事業所、各市町村、国民健康保険連合会等でも苦情を受け付けております。</p> <p>小浜市高齢・障がい者元気支援課 0770-53-1111 (代)</p> <p>おおい町介護福祉課 0770-72-2770 (代)</p> <p>高浜町保健福祉課 0770-72-5887</p> <p>若狭町福祉課 0770-62-2502</p> <p>上記の受付時間 土・日・祝を除く 8:30～17:15</p> <p>福井県国民健康保険団体連合会 0776-57-1614 受付時間は土・日・祝を除く 9:00～16:00</p> <p>福井県社会福祉協議会運営適正化委員会 0776-24-2347</p> <p>受付時間は土・日・祝を除く 8:30～17:00</p> | |

12. 事故発生の防止および発生時の対応

- 1 事業者は、事故の発生またはその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。
 - (1) 事故が発生した場合の対応および次号に規定する報告の方法等を記載した事故発生防止のための指針を整備します。
 - (2) 事故が発生した場合またはそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備します。
 - (3) 事故発生の防止のための委員会および従業者に対する研修を定期的に行います。
- 2 事業者は、入所者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村等、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 3 事業者は、事故の状況および事故に際して採った処置について記録します。
- 4 事業者は、入所者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

13. 身体拘束適正化に関する基本的考え方及び取り扱い

- 1 基本的には入所者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、入所者に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により入所者の行動の制限をしません。
- 2 身体拘束適正化検討委員会において、前項の緊急やむを得ない場合(切迫性、非代替性、一時性の要件を満たす場合)に該当するかどうかを十分検討した上で判定します。
- 3 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合でも、常に観察、再検討し、緊急やむを得ない場合の要

件に該当しなくなった場合には直ちに解除します。

- 4 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を、入所者やその家族等にできる限り詳細に説明します。
- 5 緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録します。

14. 本施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | | |
|---------|-------|---|
| (1) 面 | 会 | ・面会時間 原則として9：00～18：00 ・来訪者は、必ず面会簿に記入の上、職員に届け出て下さい。 |
| (2) 外 出 | ・ 外 泊 | ・外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。 |
| (3) 禁 | 煙 | ・施設内全館禁煙としておりますので、ご協力をお願いします。 |

以上、サービス提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

指定介護老人福祉施設 もみじの里

説 明 者 職名 _____

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、介護福祉施設サービスの利用開始に同意しました。

入 所 者 住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人 住所 _____

入所者との関係

()

氏名 _____ 印