

指定地域密着型介護老人福祉施設 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護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) 施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム 緑が丘あさひ園（ユニット型）
施設区分	ユニット型サテライト型地域密着型介護老人福祉施設
指定番号	0192902179
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号
管理者の氏名	有 持 直 記
電話番号	0166-66-2666
FAX番号	0166-66-2100
指定を受けた地域	旭 川 市

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人員(常勤換算)	指定基準
管理者	業務の一元的な管理	(兼) 1名	(兼) 1名
生活相談員	生活相談及び処遇の企画・実施	(兼) 2名	(兼) 1名
介護職員	介護業務	常勤換算方法 で6名以上	7名
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管理	常勤換算方法 で1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	(兼) 1名	(兼) 1名
介護支援専門員	施設サービス計画書の作成及び見直し	(兼) 2名	(兼) 1名
医師	健康管理及び療養上の指導	(兼) 1名	必要数
栄養士(管理栄養士)	食事の献立作成、栄養計算、 栄養指導等	(兼) 1名	(兼) 1名

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
生活相談員（兼務）	日 勤： 9：00～18：00 1名
介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早 出： 7：30～16：30 2名 遅 出： 9：30～18：30 2名 日勤1： 9：00～18：00 2名 夜 勤： 17：00～ 9：30 2名
看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日 勤： 9：00～18：00 1名
機能訓練指導員（兼務）	音楽療法：月1回(第3水曜日) 10：00～11：00
介護支援専門員（兼務）	日 勤： 9：00～18：00 1名
医師（兼務）	毎週火曜日 9：00～12：00 1名

☆勤務時間については変更になる場合があります。

(4) 設備の概要

定員 20名

○居室 20室

個室 20室

入所者の居室は、ベッド・枕元灯・茶たんす等を備品として備えます。各居室に便所・洗面所を設けます。

○共同生活室 2室

入所者が使用できる十分な広さを備えた食堂と、入所者がくつろげるリビングルームを設けます。

○浴室 2室

浴室には入所者が使用しやすいよう、個別浴槽の他に要介助者のためのリフト浴槽を設けます。

○その他

洗濯室、談話室（和室）を各階に1か所ずつ設置します。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ① 食事 朝食 8:00～9:30
昼食 12:00～13:30
夕食 17:30～19:00
- ② 介護 食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ③ 入浴 最低、週2回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練 入所者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 理容・美容 予約すれば随時可能です。(料金は自己負担)
- ⑥ レクリエーション 希望によりレクリエーションやクラブ活動(習字、手作り同好会等)に参加していただくことができます。(材料代が必要な場合は実費をいただきます)

主なレクリエーション行事予定	
1月	三が日ーお正月(おせち料理をいただき、新年をお祝いします)
2月	3日ー節分(施設内で豆まきを行います)
3月	上旬ー誕生会(1・2・3月生まれの方をお祝いします)
4月	1日ー開園記念日
6月	上旬ー誕生会(4・5・6月生まれの方をお祝いします)
8月	中旬ー縁日の日(前庭)
9月	上旬ー敬老会・誕生会(7・8・9月生まれの方をお祝いします)
11月	上旬ーあさひ文化展
12月	上旬ー誕生会(10・11・12月生まれの方をお祝いします) 下旬ー年越し

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、当該指定地域密着型介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

また、介護報酬の告示額等に変更が生じた場合には、別紙の利用料金表にて説明致します。

□介護報酬告示額

(1) 基本料金

介護区分	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額
要介護1	6,820円	682円
要介護2	7,530円	753円
要介護3	8,280円	828円
要介護4	9,010円	901円
要介護5	9,710円	971円

(2) 加算料金

加算区分		自己負担額
栄養マネジメント強化加算	1日つき	11円
看護体制加算(Ⅰ)イ	1日つき	12円
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	1日つき	46円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	1日つき	46円
初期加算	1日つき	30円
安全対策体制加算	入所時1回	20円
入院・外泊時加算	1日つき	246円
経口維持加算(Ⅰ)	1か月	400円
経口維持加算(Ⅱ)	1か月	100円
退所時情報提供加算	1回	250円
協力医療機関連携加算1	1か月	100円(令和7年度以降50円)
特別通院送迎加算	1か月	594円
看取り介護加算(Ⅰ)		
死亡日45日前から31日前	1日つき	72円
死亡日以前4日以上30日以下	1日つき	144円
死亡日の前日及び前々日	1日つき	680円
死亡日	1日つき	1,280円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用日数分	1か月の総単位数に14.0%を乗じて算定した金額

☆基本料金及び加算料金については、各市区町村から交付される介護保険負担割合証の利用者負担割合の欄に記載されている割合に応じた額の負担となります。

☆当施設は社会福祉法人の使命に基づき、低所得者の皆様の介護サービス利用料を軽減します。該当するか否か、お気軽にご相談ください。

□その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」(1日あたりの金額)

段階	居住費(ユニット型個室)	食費
【第1段階】	880円	300円
【第2段階】	880円	390円
【第3段階】①	1,370円	650円
【第3段階】②	1,370円	1,360円
【第4段階】	2,066円	1,540円

☆介護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。

(2) 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
①特別な食事代	徴収なし	誕生会、お正月料理等の特別な食事を提供します。利用料金は、食材料費及び調理費については、当面の間は徴収しません。
②理美容代	実費	入所者の希望によって提供した場合。直接業者にお支払いいただきます。
③外出・外泊・入院時の居住費	1日あたり 2,066円	第1～3段階の方は、6日までは負担限度額認定の適用が受けられますが、7日目からは別途料金が発生します。ただし、第4段階の方については、1日目からのご負担になります。
④複写物の交付	1枚につき 10円	サービス提供についての記録をいつでも閲覧出来ますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
⑤クラブ活動代	実費	習字クラブ、手作り同好会に参加される方は、材料代をご負担いただきます。
⑥冷蔵庫使用料	1日 30円	ご希望の方には冷蔵庫1台を所定の料金により貸し出しいたします。
⑦貴重品の管理	金銭出納管理サービス費 1か月 500円	ご希望により、金銭出納管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下の通りです。 ○ 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金 ○ お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、年金証書 ○ 保管管理者：印鑑(現金)-事務長、通帳-事務員 ○ 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。 ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。 ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。 ・保管管理者は出入金の状況について台帳を作成し、3か月毎にその写しをご契約者へ交付します。

5. サービス利用に当たっての留意事項

①面会 面会時間 午前10:00～午後6:00

☆来訪者は、必ずその都度「面会者カード」に必要事項をご記入の上、職員に届け出てください。

☆また、飲食物の持ち込みは、必ず「ユニット型」の職員にご連絡ください。

②外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。（食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください）

ただし、外泊については、1か月につき連続して6泊、複数月をまたいでいる場合には、連続して12泊以内とさせていただきます。

なお、外泊期間中、1日につき246円（介護保険から給付される費用の一部）及び居住費をご負担いただきます。

③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、入所者に自己負担により原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。

- ④入所者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ⑤入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ⑥施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ⑦従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。
- ⑧当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

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、常に関係機関と連絡を密にし、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回以上入所者及び従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、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。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸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

施設及び従業者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のためプライバシー保護マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束等の適正化の推進

原則として、入所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せざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所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。

また、身体拘束等の適正化のための措置として、定期的な委員会の開催や職員周知、指針の整備、研修を定期的実施します。

12. 残置物引取人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した際に、当施設に残された入所者の所持品（残置物）を入所者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、入所者又は残置物引取人にご負担いただきます。

13. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

窓口担当者：生活相談員 谷 山 尚 美

ご利用時間：月～金曜日 9時00分～18時00分

電話番号：0166-66-2666

また、苦情受付ボックスを1階ホールに設置しています。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

旭川市役所介護保険課

所在地：旭川市6条通9丁目46番地

電話番号：0166-25-6485 FAX番号：0166-29-6404

旭川市役所長寿社会課

所在地：旭川市6条通9丁目46番地

電話番号：0166-25-9797 FAX番号：0166-29-6404

北海道国民健康保険団体連合会苦情処理委員会

所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館

電話番号：011-231-5161 FAX番号：011-233-2178

北海道福祉サービス運営適正化委員会

所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2.7 北海道社会福祉協議会内

電話番号：011-204-6310 FAX番号：011-204-6311

※苦情処理第三者委員

氏名 佐藤 雅之 住所(自)旭川市東旭川南2条3丁目5-13 TEL 37-3071

氏名 西木戸恒彦 住所(勤)旭川市9条通16丁目左7号税理士法人カムイ会計 TEL 24-1331

氏名 森 倫子 住所(自)旭川市4条通2丁目926-6 TEL 24-0465

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。

14. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

- ・名称 旭川リハビリテーション病院
- ・住所 旭川市緑が丘東1条1丁目1番1号

・協力歯科医療機関

- ・名称 旭川リハビリテーション病院
- ・住所 旭川市緑が丘東1条1丁目1番1号

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、契約者又は代理人に連絡致します。

15. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により入所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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、入所者に故意又は過失が認められた場合には、入所者の置かれた心身の状況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。

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の開始にあたり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 北海道旭川市緑が丘東1条2丁目1番21号

施設名 特別養護老人ホーム緑が丘あさひ園(ユニット型)

園長 有持直記

説明者職氏名 生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により、施設から指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について重要事項説明を受け同意しました。

<入所者>

住所

氏名 印

<代理人>

住所

氏名 (続柄) 印