

介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

〈 平成 年 月日 現在 〉

1.お客様（被保険者）

様

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
要介護認定有効期間	平成 年 月 日から
認定審査会意見	

2.事業者

事業所の名称	社会福祉法人 誠光会
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
代表者氏名	長谷川 稔
電話番号	093-663-2030
FAX番号	093-663-2032

3.利用施設

事業所の名称	特別養護老人ホーム 誠光園
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番1号
管理者氏名	今井 丈二
電話番号	093-663-2030
FAX番号	093-663-2032

4.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

身体的または、精神的に障害があるために日常生活の大半において、介護が必要な高齢者の方を家族に代わって介護させていただきます。

(2) 運営方針

1. お客様へのサービス向上
2. 職員の資質の向上
3. 地域福祉の増進

(3) サービスの特徴

お客様の有する能力、おかれている環境等の評価に基づき、自立した日常生活が送れるサービスを提供します。

5.ご利用施設で実施する事業

事業の種類	事業指定		定員	備考	
	指定年月日	指定番号			
施設	特別養護老人ホーム	平成26年4月1日	北九州市 4070600160号	60人	施設許可
	地域密着型 特別養護老人ホーム	平成22年4月1日	北九州市 4090600067号	29人	施設許可
居宅	一般型通所介護	平成28年5月1日	北九州市 4070600152号	40人	
	短期入所生活介護	平成26年4月1日	北九州市 4070600160号	10人	
居宅介護支援事業		平成26年4月1日	北九州市 4070600129号		

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地		3,538.61 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階建（耐火建築）
	延べ床面積	3,621.31 m ²
	利用定員	70人（うち、短期入所10人）

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積
1人部屋	8室	153.8 m ²	19.2 m ²
2人部屋	3室	96.5 m ²	16.0 m ²
4人部屋	14室	661.4 m ²	11.8 m ²

※ 指定基準は、居室1人当たり 10.65 m²

(2) 主な設備

設備の種類	室数等	面積	1人当たり面積
食堂	2室	210.0 m ²	3.0 m ²
機能訓練室	1室	94.3 m ²	1.3 m ²
一般浴室	1室	48.2 m ²	1.3 m ²
個人浴室	3槽（ひのき）	46.4 m ²	1.3 m ²
機械浴	特殊浴槽	(2台) 80.5 m ²	1.1 m ²
医務室	1室	48.5 m ²	0.7 m ²
デイルーム	1箇所	37.5 m ²	0.5 m ²

※ 食事の指定基準は、居室1人当たり 3.00 m²

7. 職員の勤務構成

職種	員数	区分		業務内容
		常勤	非常勤	
施設長	1	1		業務の一元的管理
生活相談員	1以上	1		生活相談
介護職員	15以上	20		介護業務
看護職員	3以上	3		健康、衛生管理
機能訓練指導員	1以上	1		機能回復訓練
介護支援専門員	1以上	1		ケアプランの作成
医師	1		1	回診での早期発見
栄養士	1以上	1		食品・衛生管理

8. 職員の勤務体制

職種	勤務体制
施設長	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
生活相談員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護職員	早出（7：30～16：30） 中出（8：30～17：30） 遅出1（9：30～18：45） 遅出2（10：30～19：45） 夜勤（17：00～9：30）

看護職員	早出（7：30～16：30） 中出（8：30～17：30） 早出（9：30～18：45） 夜間帯は、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。
機能訓練指導員	8：30～17：30 作業療法士が行います。
介護支援専門員	生活相談員又は看護職員が兼務します。
医師	火曜日 11：00～12：30 まで勤務します。
	金曜日 13：00～14：00 まで勤務します。
栄養士	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務

9.施設サービスの概要

（1）法定給付サービス

概要	内容
食事	栄養士の立てる献立表により、栄養とおお客様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。
排泄	お客様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	年間を通じて週3回の入浴または、清拭を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来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なうよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・口腔保清が行われるよう援助をします。リネン交換は、週1回実施します。
機能訓練	機能訓練指導員によるお客様の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・湿熱治療器・平行棒・滑車・
健康管理	嘱託医師により、週2回診察日を設けて健康管理に努めます。 服薬の管理は看護職員が責任を持って実施します。 また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 お客様が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 当施設の嘱託医 診療所：西野病院 医師名：阿部和明 診察日：毎週 火曜日 11:00～12:30 金曜日 13:00～14:00
相談及び援助	当施設は、入居及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う様に努めます。 お客様の施設介護サービスが作成される間についても、当然お客様がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるよう適切な各種介護サービスを提供します。
社会生活の便宜	当施設では、必要な教養娯楽設備を整える共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜、レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備 クラブ活動（書道、絵画、製作）、喫茶コーナー、カラオケプロジェクター 主なレクリエーション行事 夏祭り、運動会、敬老会、誕生会、クリスマス会、忘年会 買物、バスハイク、折り紙教室、お花見、レストラン他

(2) その他

介護報酬に関連する記録	保険給付の支払日から5年間保管します。
その他の記録	完結日から2年間保存します。
サービス提供記録の閲覧	土、日曜日・祝日を除く毎日午前9時～午後5時

10.施設サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。施設サービス計画は長くとも6ヶ月毎、または必要なサービスの変更に応じて、適宜見直します。

11.お客様負担金

* 施設サービス費（1日あたりの自己負担額）

介護保険制度では要介護認定による要介護度によって異なります。

下記の料金には地域加算（1.4%）、介護職員処遇改善加算Ⅰ（5.9%）を含みません。

要介護度区分	多床室	個室
	利用単位数/日	利用単位数/日
要介護度 1	547 単位	547 単位
要介護度 2	614 単位	614 単位
要介護度 3	682 単位	682 単位
要介護度 4	749 単位	749 単位
要介護度 5	814 単位	814 単位

介護保険によるお客様負担額減額・免除等認定証を受けているときは、その認定に基づく支払を受けるものとする。

（注意）介護給付算定に係る体制等に関する届け出に基づき、認定するものとします。

介護保険の加算単位

介護保険加算	加算単位数	内容
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36 単位/日	入所者のうち、要介護4～5の割合が70%以上又は認知症日常生活自立度がⅢ以上の割合が65%以上であり、介護福祉士を入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置している。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ	18 単位/日	介護福祉士が60%以上であること
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ	12 単位/日	介護福祉士が50%以上であること
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	6 単位/日	常勤職員が75%以上であること
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている
看護体制加算（Ⅰ）	4 単位/日	常勤の看護師を1名以上配置している
看護体制加算（Ⅱ）	8 単位/日	常勤の看護師を配置基準の1以上配置している。

介護保険加算	加算単位数	内容
夜勤職員配置加算	13 単位／日	17 時～9 時までの間最低基準を 1 以上上回っている。
外泊時加算	246 単位／日	入院及び外泊の場合 6 日を限度として加算（ただし入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。）
初期加算	30 単位／日	入所後 30 日に限り加算
栄養マネジメント加算	14 単位／日	利用者の栄養状態を評価し、状態に応じた栄養マネジメントを行った場合（栄養ケア計画作成し、説明、同意を得た後に算定します）
療養食加算	18 単位／日	医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合
口腔衛生管理体制加算	30 単位／月	口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行っている場合。
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位／日	次のいずれか満たす施設 ①認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の 1/2 以上 ②認知症介護実践者リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 名以上を配置し、20 人以上の場合は 10 又はその端数を増すごとに 1 名以上配置。 ③職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施。
個別機能訓練加算	12 単位／日	機能訓練指導員による計画的な個別機能訓練を行った場合
経口移行加算	28 単位／日	経管により食事を摂取する利用者が、経口摂取をすすめるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合
経口維持加算（Ⅰ）	400 単位／月	著しい摂食機能障害が認められる利用者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合
経口維持加算（Ⅱ）	100 単位／月	摂食機能障害が認められる利用者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合
看取り介護加算（Ⅰ）	144 単位／日	看取り介護に関する計画のもと看取り介護が行われ、当該施設又は利用者の居宅にて死亡した場合（死亡日以前 4 日以下 30 日以下とする）
看取り介護加算（Ⅱ）	680 単位／円	看取り介護に関する計画のもと看取り介護が行われ、当該施設又は利用者の居宅にて死亡した場合（死亡日の前日及び前々日とする）
看取り介護加算（Ⅲ）	1,280 単位／日	看取り介護に関する計画のもと看取り介護が行われ、当該施設又は利用者の居宅にて死亡した場合（死亡日とする）
在宅復帰支援機能加算	10 単位／日	利用者の退所後に指定居宅介護支援事業者に必要な情報の提供、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合

在宅・入所相互利用加算	40 単位／日	複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（3ヶ月が上限）を定め同一の個室を計画的に使用した場合（要介護以上の利用者のみ）
退所前後 訪問相談援助加算（Ⅰ）	460 単位	入所期間が1ヶ月を超える利用者の退所に先立って介護支援専門員等が居宅を訪問し、利用者及び家族に対して退所後のサービスについて相談援助を行った場合（入所中1回）
退所前後 訪問相談援助加算（Ⅱ）	460 単位	入所者の退所後、30日以内に利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に相談援助を行った場合（退所後1回）
退所時相談援助加算	400 単位	退所時に利用者や家族等に相談援助を行い、かつ居宅サービスに必要な情報提供を行った場合（1回のみ）
退所前連携加算	500 単位	退所に先立って指定居宅介護支援事業所に対して、文書を添えて利用者に関わる居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ指定居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合（1回のみ）

※上記の加算を算定する場合、必要な人員配置は満たしています。

※加算算定用件の詳細は、契約時に別途説明します。

※保険料の滞納などにより、給付額減額の措置を受けている方については、一旦サービス費全額（10割）をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となることがあります。

※加算の仕組み上、施設退居後に費用請求が発生する場合がございますので、ご了承下さい。

居住費・食費（介護保険給付対象外）

居住費（滞在費）（1日あたりの自己負担額）

居住費・食費は所得や課税状況などに応じて料金が異なります。

入居者負担段階	4段階 (基準額)	3段階	2段階	1段階
多床室（光熱水費）	840円	370円	370円	0円
個室 (光熱水費+室料)	1,150円	820円	420円	320円

*お客様が介護保険負担限度額認定書を受けているときは、その認定に基づく支払いを受けるものとする。

*入院、外泊期間中はその認定に基づいた居住費のみかかります。

入院、外泊期間中は7日目より居室確保料金が発生します。

(利用居室に応じて多床室840円/日、個室1,150円/日が別途算定されます。

この算定は全お客様に適用となります。)

<食事の負担金>

段階区分	第4段階(基本)	第3段階	第2段階	第1段階
食費の負担額	1,380円	650円	390円	300円

※基準額食費内訳 朝食 380円 昼食 500円 夕食 500円 (計1,380円)

* お客様が介護保険負担限度額認定証を受けているときは、その認定証に基づく支払いを受けるものとする。

- ① 施設はお客様が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、お客様が介護サービス費として市町村から支給を受ける額の限度において、お客様に代わって市町村から支払を受けます。（「法定代理受領サービス」といいます。）
- ② 介護保険の適用を受けるサービスの場合は、介護保険負担割合証または、被保険者証などの自己負担額の割合に応じた支払を受けるものとします。
- ③ 介護保険料の滞納などにより、給付額の減額の措置を受けている方については、一旦サービス費全額（10割）をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となる場合があります。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
理容・美容	毎月2回（偶数月 第2水曜日・第4月曜日） （奇数月 第2・第4月曜日） 美容院・理容院による出張サービスをご利用いただけます。 <金額> 洗髪のみ……………200円 顔剃りのみ……………600円 カットのみ……………1,200円 カット（顔剃り含む）……………1,500円 カット・毛染め（顔剃り含む）……………4,500円 カット・パーマ（顔剃り含む）……………5,500円
日常生活に要する費用で本人の負担となるもの	要した費用の実費 日常生活の購入代金 個人的な創作費用 クリーニング代（施設以外の依頼の分） インフルエンザ予防接種や写真等

(3) お支払い方法

入居の際、当園で引落をさせて頂く通帳を当園指定（福岡銀行八幡支店）の金融機関にてご本人名義の通帳を作成して頂き、その通帳によりお客様負担金等の経費を引き落とします。当月分を翌月25日（金融機関休日は翌営業日）に引き落としますので、当月末日までに通帳へご入金願います。

(4) 領収書の発行

お客様からお支払いを受けたときは領収書を発行します。

12. 非常災害時の対策

非常時対応	別途定める「特別養護老人ホーム誠光園 消防計画」にのっとり対応			
近隣との協力関係	藤見町内会と近隣防災計画協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める「特別養護老人ホーム誠光園 消防計画」にのっとり年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居の方にも参加して実施しています。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	有	防火扉・シャッター	16箇所
	避難用滑り台	1箇所	屋内消火栓	有
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	25箇所	漏電火災報知器	無
	ガス漏れ報知器	有	非常用電源	有
	カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への提出日：平成27年4月1日 防火管理者：桑原章誉			

13-1.協力医療機関

名称	医療法人 ふらて会 西野病院
医院長名	西野 憲史
所在地	北九州市八幡東区山路松尾町13番27号
電話番号	093 (653) 2122
診療科	内科・整形外科
入院設備	ベッド数 120床
救急指定の有無	無
契約の概要	入居者・新規入居者の健康管理、随時診察の協力、救急を要する対応 入院治療を要する手続き 緊急時に入院するベッド確保の協力 24時間等緊急異常者の措置の協力 新入社員の健康状況チェックの実施 死亡確認の協力、リハビリテーション、その他

★13-2.協力歯科機関

名称	医療法人協和会 八幡東デイクリニック
医院長名	中島 亨彦
所在地	北九州市八幡東区西本町4丁目17-6
電話番号	093 (671) 4618
診療科	歯科
入院設備	無
救急指定の有無	無
契約の概要	歯科診療を必要とするお客様に対して、予防も含め歯科診療を行う。 その際、歯科診療内容（疾患名、治療計画等）を提示する。 必要に応じて家族にも説明報告をする。

14.相談窓口,苦情対応

★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。

当施設ご利用相談室	窓口担当者：生活相談員（桑原） ご利用時間：午前9時～午後5時 ご利用方法：電話 093 (663) 2030 来園 苦情箱（施設受付窓口に設置）
第三者委員会	川津 郁人 様 元 枝光第2自治会会長：電話 093 (661) 1712 竹原 穂 様 八幡東区民生委員：電話 093 (661) 7370 佐藤 暎子 様 戸畑区大谷地区民生委員協議会会長：電話 093 (881) 6641
施設長	今井丈二：電話 090 (2853) 1787

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

<p>高齢者・障害者相談コーナー (介護保険担当)</p>	<p>【八幡東区】 所在地：〒805-8510 北九州市八幡東区中央1-1-1 電話番号：093(671)0801 内線472 FAX番号：093(662)2781</p> <p>【八幡西区】 所在地：〒806-8510 北九州市八幡西区黒崎3丁目15-3 電話番号：093(642)1441 内線472 FAX番号：093(642)2941</p> <p>【戸畑区】 所在地：〒804-8510 北九州市戸畑区千防1-1-1 電話番号：093(871)1501 内線472 FAX番号：093(881)5353</p> <p>【小倉北区】 所在地：〒803-8510 北九州市小倉北区大手町1-1 電話番号：093(582)3433 FAX番号：093(562)1382</p> <p>【小倉南区】 所在地：〒802-8510 北九州市小倉南区若園5-1-2 電話番号：093(951)4111 内線472 FAX番号：093(923)0520</p> <p>【若松区】 所在地：〒808-8510 北九州市若松区1-1-1 電話番号：093(761)5321 内線472 FAX番号：093(751)2344</p> <p>【門司区】 所在地：〒801-8510 北九州市門司区清滝1-1-1 電話番号：093(331)1881 内線472 FAX番号：093(321)4802</p> <p>*各区とも、対応時間は平日午前8時30分～午後5時*</p>
<p>福岡県 国民健康保険団体連合会 (国保連)</p>	<p>所在地：福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号：092(642)7859 FAX番号：092(642)7857 対応時間：午前8時30分～午後5時</p>
<p>福岡県運営適正化委員会 (福岡県社協)</p>	<p>所在地：春日市原町3-1-7 クローバープラザ4階(東棟) 電話番号：092(915)3511 FAX番号：092(915)3512 対応時間：午前8時30分～午後5時 (休日：第1・2・3月曜 ※祝日の時は翌日が休日)</p>

★成年後見制度・権利擁護においても、次の機関において相談ができます。

成年後見制度 福岡家庭裁判所小倉支部 家事受付センター	所在地：北九州市小倉北区金田一丁目4番1号 電話番号：093(561)3431 対応時間：平日午前9時～11時 午後1時～4時30分
権利擁護センター 「らいと」	所在地：北九州市戸畑区汐井町1番6号 ウェル「とばた」内8階 電話番号：093(882)4914 FAX番号：093(882)2266 対応時間：平日午前8時30分～午後5時

15.事故発生時の対応

万が一施設利用中事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族・県市町村に連絡致します。ご家族の指示によってかかりつけ医・協力病院・救急医療センターに相談・受診等の対応を行いますので、あらかじめ緊急時の連絡先を担当者へお伝え下さい。

16.損害賠償責任保険

保 險 会 社	ニッセイ同和損害保険(株)
保 險 内 容	人身事故、財物事故等

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、お客様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ました。

〈事業者〉所在地 北九州市八幡東区藤見町3番1号

事業所名 社会福祉法人 誠光会
特別養護老人ホーム 誠光園

代表者名 施設長 今井 丈二 印
(指定番号4070600160号)

〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 誠光園

氏名 生活相談員 桑原 章 誉 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについて重要な説明を受けました。

〈お客様〉

所在地 _____

氏名 _____ 印

〈ご家族〉

所在地 _____

氏名 _____ 印

続柄（お客様との関係） _____

個人情報の使用に係る同意書

社会福祉法人 誠光会が、お客様及び家族の個人情報を以下の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) お客様に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) お客様が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) お客様の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 施設内での掲示物（個人作品等を含む）や施設情報誌（園だより等）におけるお客様の氏名、年齢、性別、生年月日、顔写真等の掲載
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、お客様とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

平成 年 月 日

〈お客様〉 氏 名 _____ 印 _____

〈ご 家 族〉 氏 名 _____ 印 _____

続柄（お客様との関係） _____