

社会福祉法人彩雲の詩

地域密着型特別養護老人ホーム 海の花

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(福岡県介護保険事業所指定 第 4091200479 号)

地域密着型特別養護老人ホーム 海の花  
重要事項説明書

1. 施設サービスの相談

担当者：入退所や生活全般に関する相談は、「生活相談員」が対応します。

介護に関する相談は、「主任又は担当介護員」が対応します。

健康や病気に関する相談は、「看護職員」が対応し、嘱託医あるいはかかりつけ医の指示を受けます。

施設サービス計画の立案は、「介護支援専門員」が対応します。

受付時間：祝日を除いた月～金曜日の午前9：00～午後5：00

2. 施設サービスの概要

名称：地域密着型特別養護老人ホーム 海の花 電話番号：092-407-5723

所在地：福岡県福岡市西区今津 6015 番地 郵便番号：816-0165

事業所番号： [4091200479]

施設：サービスに関わる主な共用施設・設備は次のとおりです。

個室ユニット型

定員 …… 29名

個室 …… 29室 (ユニット型個室)

リビング兼食堂 …… 3ヶ所 トイレ …… 個室 29ヶ所 多機能トイレ …… 3ヶ所

機械浴室 …… 1か所 一般浴室 …… 3ヶ所

職員体制：サービスに従事する職種・職員数・業務は次のとおりです。

施設長 1名

事務員 2名 (基準外)

嘱託医 1名 (非常勤) 医学的管理

生活相談員 1名 生活全般

介護支援専門員 1名 サービス計画の立案作成・認定調査

介護職員 利用者 18名 介護全般

看護職員 3名 健康全般

機能訓練指導員 1名 機能維持

管理栄養士 1名 栄養管理・給食全般

調理員 4名 給食全般

勤務体制：利用者と介護及び看護職員の配置比率は、3：1となっています。

勤務時間：事務員・生活相談員・介護支援専門員・機能訓練指導員の勤務時間は  
8：30～17：30となっています。

介護職員 看護職員早出・日勤・遅出・夜勤 変則勤務

勤務形態	勤務時間
早出	7：30～16：30
日勤	8：30～17：30
遅出	11：00～20：00
夜勤	16：30～9：30

協力医療機関：医療法人聖峰会 聖峰会マリン病院

協力歯科医院：県庁前デンタルクリニック・医療法人博真会のぞみ歯科

### 3. 提供できるサービスの内容

施設サービス計画の立案・作成・実行以外は、「契約書別紙」に明記したとおりです。

### 4. 施設サービスの利用料金

介護保険給付対象のサービス利用料金及び給付対象以外のサービス利用料金をご負担いただきますが、それぞれの額については、別紙「地域密着型特別養護老人ホーム海の花料金表」のとおりとします。

① 入院・外泊時の居住費は、料金表の額をご負担していただきます。

減免措置：新入所・旧措置入所とも、生計困窮者等に対して自己負担額の減額や免除の措置が講じられますので、ご希望の方はお申出下さい。

その他利用料金：通常施設が提供するサービス以外のサービスについては、それぞれの実費を自己負担していただきます。

支払い方法：毎月10日に前月分請求書を発送します。

末日までに口座振替・現金・振込のいずれかによってお支払いいただきます。

### 5. 入所及び退所の手続き

入所手続：① 予約制となります。直接施設にお出でいただき、「生活相談員」と話し合いの上、別紙「入所申込書」に所定事項を記入していただきます。

② 受け入れが可能になった時点でご連絡させていただきます。

③ 入所の際に、「契約書」を取り交わすことになります。

④ 他の介護保険施設から移転される時、居宅サービス計画作成中の時は事前にお知らせ下さい。

- 退所手続：① 退所を希望される時は、別紙「退所申出書」に記入し、希望される日の1ヶ月前までに当施設に提出していただきます。
- ② 利用料金の支払い催告に応じていただけない時は、退所となります。
- ③ 3ヶ月以内に退院できる見込みがない時、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時は、退所となります。
- ④ 他の利用者や職員に対して、背信行為を行った時は退所となります。
- ⑤ 他の介護保険施設等に転出される時は、退所となります。
- ⑥ 死亡した時は、自動的に退所となります。
- ⑦ 退所の時、利用者個人の持ち物は全て家族（身元引受人）に引き取っていただきます。

#### 6. 入所時や施設利用中に守っていただきたい事項

準備品：入所前に確認の上、日常生活に必要な物を準備していただきます。

- 私物：① 私物で、不用不急の物は持ち込まないよう願います。
- ② 私物につきましては、全て名前を書いて下さい。

- 面会：① 面会時間は、緊急以外午前10：00から午後17：00でお願いします。
- ② 面会の方は、事務所備え付けの「面会簿」に所定事項を書いてからご面会下さい。
- ③ 入所後は、環境や生活リズムの変化に伴い精神的にも不安定な状態になりがちです。面会回数を多くして、利用者が徐々に生活に慣れるよう協力いただきます。
- ④ 面会時、利用者に食べ物をお持ちになられた場合「食べ過ぎたり、詰まらせたり」と危険が伴うことがありますので、必ず職員にお知らせ下さい。

- 外出・外泊：① 外出・外泊を希望される利用者の家族は、事務所備え付けの「外出・外泊届」に所定の事項を記入の上、職員に申し出て下さい。
- ② 施設利用者にとって、住み慣れた家・家族への思いは決して失われるものではありません。事情の許す限り、外出・外泊をお願いいたします。

- 遵守事項：① 施設の定めた生活日課、医学的管理上必要な指示に従ってください。
- ② 暴力、喧嘩、口論等他人に迷惑な行為及び言動をしないでください。
- ③ 衛生、風紀、管理上支障のあるものを施設内に持ち込まないでください。
- ④ 火災、盗難の防止に努めて下さい。

- ⑤ 多額な現金、有価証券、貴金属類は原則持ち込まないで下さい。
- ⑥ 建物や設備を故意に破損しないで下さい。
- ⑦ 施設サービス内容について苦情、相談がある時は、いつでも申し出て下さい。
- ⑧ 他の利用者に関して知り得たこと、また施設サービス内容について事実と相違することを第三者に知らせないで下さい。

## 7. サービス提供上で必要な対応方法

緊急時：介護状態の異変や容体急変の時は、第一に医療機関に連絡を行い、指示を仰ぎます。

平行して、「家族等への連絡一覧」によって家族に連絡します。医師の指示によっては家族の早急な判断が必要になる場合があります。

「家族等への連絡一覧」には、その点をご理解してご記入ください。

事故発生時の対応：利用者に対するサービス提供において事故が発生した場合には、速やかに、市町村、利用者の家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。サービス提供にともなって、自己の責に帰すべき事由により、利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務に違反した場合も同様とします。

利用者に過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して、損害賠償責任を減じることが出来るものとします。

終末期：人生の終末期には、特別な介護が必要となります。その節には、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、一時的に居室または病室にて家族の見守りをお願いすることがあります。

感染防止：冬季を迎えると、インフルエンザ等が流行します。集団感染を防止するため家族の希望と嘱託医の判断により、予防接種を行うこととなります。

また、結核、MRSA（黄色ブドウ球菌）、かいせん（ヒゼンダニ皮膚病変）等に感染または感染の疑いのある時は、居室を隔離することがあります。

災害対策：当施設は規程に基づき、非常災害の防止と利用者の安全確保に努めます。また、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出・その他必要な訓練を行います。万が一の火災発生を想定した、通報・消火・避難訓練を防災計画に沿って年2回行います。その際には、防火管理者の指示に従っていただきます。また、火災発生時には自動的に消防署へ緊急通報されると共に、職員にも非常招集がかかります。

苦情処理：施設のサービス内容において苦情・相談・意見があれば承ります。

当事業所における苦情の受付方法は次のとおりです。

面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が受付します。

苦情受付担当者は、受け付けた要望や苦情内容を苦情解決責任者と第三者委員に報告をします。また、利用者及びご家族等は要望・苦情について直接第三者委員に申し出ることができます。

虐待防止：当事業所において職員の利用者に対する虐待防止を図ることを目的として高齢者虐待防止対応規程を制定します。利用者本人及びご家族等、職員等からの虐待の通報があったときは、高齢者虐待防止対応規程に基づいて対応します。

面接、電話、書面などにより虐待防止受付担当者が受付します。

虐待通報受付担当者は、受け付けた通報内容を虐待防止対応責任者に報告をします。虐待防止対応責任者は内容を確認した上で原因解決策の検討、当事者等との話し合いを行い迅速な改善を図ることとします。また、第三者委員会への虐待防止結果の報告、虐待原因の改善状況について当事者（ご家族等も含む）及び第三者委員への報告をします。

施設における高齢者虐待に関する行政の相談等窓口	
虐待防止に関する責任者	施設長 島津 周平
福岡市役所福祉局高齢社会部事業者指導課	福岡市中央区天神 1-8-1 電話番号 092-711-4319

#### 福祉サービス第三者評価実施状況

##### 項目内容

- (1) 実施の有無 有 ・ (無)
- (2) 実施年月日(直近実施日) 令和 年 月 日
- (3) 実施した評価機関
- (4) 評価結果の開示状況

地域密着型特別養護老人ホーム 海の花利用契約にあたり、利用者(身元引受人)に対して、  
契約書・契約書別紙・料金表及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 福岡県福岡市西区今津 6015 番

名称 地域密着型特別養護老人ホーム 海の花

説明者 職：

氏名：

私は、契約書・契約書別紙・料金表及び本書面により、事業者から地域密着型特別養護老人  
ホーム海の花利用についての重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所(省略)

氏名

印

身元引受人

住所

氏名

印

## 別紙

社会福祉法人彩雲の詩 地域密着型特別養護老人ホーム海の花  
料金表

	要介護度	介護サービス費	食費	居住費	月額合計(30日)
(3割負担) 第4段階	要介護1	64,170	44,760	61,980	¥ 170,910
	要介護2	68,670			¥ 175,410
	要介護3	75,510			¥ 182,250
	要介護4	82,170			¥ 188,910
	要介護5	88,560			¥ 195,300
(2割負担) 第4段階	要介護1	42,780	44,760	61,980	¥ 149,520
	要介護2	45,780			¥ 152,520
	要介護3	50,340			¥ 157,080
	要介護4	54,780			¥ 161,520
	要介護5	59,040			¥ 165,780
(1割負担) 第4段階	要介護1	21,390	44,760	61,980	¥ 128,130
	要介護2	22,890			¥ 129,630
	要介護3	25,170			¥ 131,910
	要介護4	27,390			¥ 134,130
	要介護5	29,520			¥ 136,260
(1割負担) 第3段階①	要介護1	21,390	19,500	41,100	¥ 81,990
	要介護2	22,890			¥ 83,490
	要介護3	25,170			¥ 85,770
	要介護4	27,390			¥ 87,990
	要介護5	29,520			¥ 90,120
(1割負担) 第3段階②	要介護1	21,390	40,800	41,100	¥ 103,290
	要介護2	22,890			¥ 104,790
	要介護3	25,170			¥ 107,070
	要介護4	27,390			¥ 109,290
	要介護5	29,520			¥ 111,420
(1割負担) 第2段階	要介護1	21,390	11,700	26,400	¥ 59,490
	要介護2	22,890			¥ 60,990
	要介護3	25,170			¥ 63,270
	要介護4	27,390			¥ 65,490
	要介護5	29,520			¥ 67,620
(1割負担) 第1段階	要介護1	21,390	9,000	26,400	¥ 56,790
	要介護2	22,890			¥ 58,290
	要介護3	25,170			¥ 60,570
	要介護4	27,390			¥ 62,790
	要介護5	29,520			¥ 64,920

※ご利用者の状況に応じて加算させていただきます。

加算名	内容	
初期加算	入所した日から起算して 30 日から起算して 30 日以内の期間について初期加算として 1 日につき所定単位を加算する	30 単位/日
日常生活継続支援加算 (II)	介護福祉士の数が、常勤換算で入所者 6 に対して 1 以上であり、かつ、以下のいずれかを満たす ・ 新規入所者のうち、要介護 4・5 の占める割合が 70%以上	46 単位/日
栄養マネジメント強化加算	常勤の管理栄養士を 1 人以上配置 ・ 入所時に入所者の栄養状態を把握し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同して栄養ケア計画を作成	11 単位/日
口腔衛生管理加算	・ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月 2 回以上実施するほか、介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導、入所者の口腔に関する相談等へ対応	90 単位/月
経口維持換算 I	現に経口により食事を摂取する者で誤嚥のリスクが考えられる入所者に対し、歯科医師等の専門職が共同にて食事の観察及び介護等を行い、経口による継続的な食事の摂取を進める為の経口維持計画を作成し管理栄養士等が栄養管理を行った場合	400 単位/月
経口維持換算 II	歯科医師、歯科衛生士。又は言語聴覚士のいずれか 1 名が加わることにより、多種多様な意見に基づく質の高い経口維持計画を作成した場合	100 単位/月
入院又は外泊を認めた場合	入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して外泊を認めた場合 1 月に 6 日を限度とし所定の単位を算定する。但し、入院初日及び最終日は算定できない。	246 単位/日
看護体制加算 I イ 看護体制加算 II イ	常勤の看護師を 1 名以上配置している場合 常勤の看護職員を 2 名以上配置及び看護職員により 24 時間連絡できる体制がある場合	12 単位/日 23 単位/日

個別機能訓練加算 I 個別機能訓練加算 II	機能訓練指導員を常勤で1名以上配置した場合 計画書の内容等を厚労省に提出している場合	12 単位/日 20 単位/月
協力医療機関連携 加算	協力医療機関との間で当該入所者の病歴等の 情報を共有する会議を定期的に行っている 場合	50 単位/月
処遇改善加算 I	介護職員の賃金向上を目的に、介護報酬を加算 して支給する制度です。	1 月総単位数 × 14%
※今後、状況に応じて追加で加算を取得する可能性がありますのでその際は予め連絡いたします		

# 個人情報使用同意書

## 1、使用する目的

(1) 利用者のための居宅サービス計画書に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議や介護支援専門員と他事業者との連絡調整等において必要な場合。

(2) 利用者の日常生活にかかわる相談、援助の際に生じる居宅介護支援事業所、医療機関との連絡調整等において必要な場合

## 2、使用する期間 利用契約書の期間内

## 3、使用する条件

(1) 個人情報の使用、提供は最小限とし、提供に当たっては関係者以外に洩らすことのないよう、細心の注意をはらうこと。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容を記録しておくこと。私の（利用者およびその家族）の個人情報については上に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

上記の契約を証するため、本通2通を作成し、利用者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

### 【事業者】

住 所 福岡県福岡市西区今津 6015 番  
事業者名 社会福祉法人彩雲の詩  
事業所名 地域密着型特別養護老人ホーム 海の花  
代表者名 理事長 石橋 征四郎 ⑩

### 【利用者】

住 所 (省略)

氏 名 ⑩

### 【利用者代理人（選任した場合）】【続柄 〃】

住 所 (省略)

氏 名 ⑩