

ユニット型介護老人福祉施設

特別養護老人ホームきらら藤枝

重要事項説明書

当施設が提供するユニット型介護老人福祉施設サービスの内容に関し、利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 法人概要

開設者の名称	社会福祉法人 県民厚生会
事業主事務所の所在地	〒426-0009 藤枝市八幡198番地
電話番号・FAX番号	電話 (054) 646-6766 FAX (054) 646-6755
法人の種別及び名称	社会福祉法人 県民厚生会
代表者職	理事長
代表者氏名	望月 忍

2. 事業所概要

事業所の名称	特別養護老人ホーム きらら藤枝
事業所の所在地	〒426-0009 藤枝市八幡198番地
電話番号・FAX番号	電話 (054) 646-6766 【夜間：(054) 646-6837】 FAX (054) 646-6755
介護保険事業所番号	2275300818
指定年月日	平成18年10月24日
交通の便	旧国道1号線から、耕春院入口の道に入り50m。 藤枝バイパス・広幡ICより5分。

3. 施設職員の概要

職種	職員数	指定基準	備考
施設長(管理者)	1名	1名	
医師	1名	1名	非常勤
生活相談員	1名	1名	介護福祉士
看護職員	4名以上	4名	看護師
介護職員	35名以上	21名	介護福祉士・ヘルパー2級
栄養士	2名	1名	管理栄養士
介護支援専門員	1名	1名	介護支援専門員
機能訓練指導員	1名	1名	理学療法士

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

4. 居室等の概要

当施設では、以下の居室・設備を用意しています。利用される居室は、個室となっております。

居室の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	70室	
食堂	7室	※食堂・居間を兼ねる
浴室	4室	個浴・特殊浴・機械浴
医務室	1室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用に当たって、利用者にご負担いただく費用はありません。

5. 利用定員

(1) 施設の入居定員は、次のとおりです。

階	ユニット名称	居室の種類	定員
2階	花	個室10室	10人
〃	風	〃	〃
〃	愛	〃	〃
〃	森	〃	〃
3階	月	〃	〃
〃	星	〃	〃
〃	雲	〃	〃
合計	7ユニット	個室70室	70人

(2) ショートステイの利用定員は、併設型で次のとおりです。

階	ユニット名称	居室の種類	定員
1階	海	個室10室	10人
〃	磯	〃	〃
合計	2ユニット	個室20室	20人

(3) ユニットごとの入居定員及び居室の定員を超えて入居させることはありません。

ただし、災害等やむを得ない事情のある場合は、この限りではありません。

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（食事に係る標準自己負担額を除き通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要と利用料金>

①食事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をと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 11：45～ 夕食 17：45～

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<定額の利用料金>

定額の利用料金は、別紙「利用料金表」の通りです（自己負担分は、所得に応じ1割・2割又は3割）。
 なお、利用料金の根拠となるサービス単位は次の通りです。

① サービス単位〔介護保険給付対象〕 1単位あたり10.14円（地域区分：7級地）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	670単位	740単位	815単位	886単位	955単位
看護体制加算Ⅰ	4単位				
看護体制加算Ⅱ	8単位				
夜勤職員配置加算Ⅱ	18単位				
日常生活継続支援加算	46単位				
個別機能訓練加算Ⅰ	12単位				
個別機能訓練加算Ⅱ	20単位（1ヵ月につき）				
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位（1ヵ月につき）				
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	14.0%				

※上記加算は、国が定める一定の要件を満たした場合に加算されます

- ・初期加算・・・入居日から起算して30日以内の期間については初期加算(1日30単位)が加算されます。
 また、1か月を超える入院後の再入居の際も30日間は初期加算が加算されます。
- ・外泊時費用加算・・・利用者が外泊や入院された場合（月に6日が限度、月をまたいで連続した場合は最長12日間）外泊時費用として1日246単位を算定し自己負担となります。
 ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は算定いたしません。
- ・療養食加算・・・医師より、疾患治療を目的に処方された食事せんに基づき療養食を提供した場合に療養食加算（1回につき6単位）が加算されます。
- ・配置医師緊急時対応加算・・・配置医師が必要に応じて夜間や早朝、または配置医師の通常の勤務時間外に施設を訪問して利用者の診察を行った場合、以下の単位数が加算されます。
 夜間（18：00～22：00）650単位 深夜（22：00～6：00）1300単位
 早朝（6：00～8：00）650単位 通常時間外（8：00～18：00）325単位
- ・施設内で看取り介護を行った場合、死亡日以前31日以上45日以下については72単位/日、4日以上30日以下については144単位/日、死亡日の前日及び前々日については780単位/日、死亡日については1,580単位/日を死亡月に加算させていただきます。
- ・安全対策体制加算・・・外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合、入所時に1回、20単位が加算されます。
- ・日常生活継続支援加算を算定する場合、サービス提供体制強化加算は算定しません。しかし、日常生活継続支援の算定要件が満たされなくなった場合、サービス提供体制強化加算Ⅰ(22単位)、Ⅱ(18単位)、Ⅲ(6単位)を算定させていただきます。
- ・1単位あたり10.14円（7級地）になりますので、利用方法及び計算方法により「サービス利用に係る自己負担額」が異なる場合があります。

② 施設利用料〔介護保険給付対象外〕

居住費	2, 800円/日
食費	1, 650円/日
その他の日常生活費	実費

※上記利用料(基本)のうち、居住費、食費について、介護保険制度の利用者負担段階区分による「特定入所者介護サービス費」給付対象者は、利用料金の支払額が減額となります。該当者については、介護保険法に準じて個別計算にて説明させていただきます。

上記以外において、下記に該当する場合は規定の料金のお支払いとなります。ただし、特定入所者介護サービスの給付対象者は、負担限度額を上限とします。

- ・利用者が6日以内の入院または外泊された場合、お支払い頂く②施設利用料（居住費）は1日につき2,800円となります。
- ・利用者が7日以上入院された場合、お支払い頂く②施設利用料（居住費）は通常料金の8割である1日につき2,240円となります。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

利用者の選択によるサービスの利用料金は介護保険給付対象外の為、全額が利用者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

①理容・美容サービス

月に最低1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃り）をご利用できます。

利用料金：実費

②レクリエーション・外出活動

レクリエーションで使用した材料代等を個別に請求させていただく場合があります。

外出時の各種利用料・入園料は実費を請求させていただきます。

③日常生活上必要となる物品の購入

日常生活上必要となる物品を購入した場合、利用者に負担いただくことが適当であるものについては、かかった費用の実費を負担して頂きます。

(例) ティッシュペーパー・歯ブラシ・歯磨き粉・濡れティッシュ・義歯洗浄剤他

④その他

おむつ代、普段着・下着の洗濯代は介護サービス費に含まれていますが、個人の特別な外出着などについては、ご家族でクリーニングしていただきます。また、施設の備品を汚染した場合、クリーニング代を請求させていただくこともあります。

7. 利用料金のお支払い方法

前記6. (1)、(2)の利用料金は、1か月(月末締め)ごとに計算し、翌月15日までに請求致します。ご契約時にご指定された金融機関口座より毎月27日(金融機関が休日の場合は、翌営業日)に自動引落しさせていただきます、それまでに契約時の口座へ振り込みください。

ただし、利用者のご都合により、きららの指定する口座に振込するか、現金によって27日までにお支払できるものとします。なお、自動引落しできなかつた場合には、連絡いたしますので、前記の方法により至急お支払いください。

8. サービス利用にあたっての留意事項

当施設の介護サービスをご利用していただくに当たり、施設に入居されている利用者との共同生活の場として快適性・安全性を確保する為、以下の事項をお守り下さい。

(1) 面会

- ・面会時間は原則8:30～17:30とさせていただきます。また、早朝・深夜等、他の利用者の迷惑になる時間帯は避けて下さい。ただし、入居者の体調不良等の緊急時は面会可能です。
- ・来訪者は、事務所及びユニット職員に来訪を告げてから面会して下さい。
- ・来訪される場合、危険物の持ちこみはご遠慮下さい。菓子や生鮮食品等ご持参の時は、必ず職員にお知らせ下さい。

(2) 外出・外泊

- ・一人での外出はできかねます。家族等が責任をもって介助される場合や職員の同行があればいつでもできます。
- ・一人での外泊はできません。家族等や職員が責任をもって同行する場合のみできます。
- ・外出・外泊される場合は「外出・外泊届」に記載の上、事前にお申し出下さい。

(3) 施設設備の使用上の注意

- ・故意に施設の設備を破損及び汚染した場合は、自己負担していただく場合があります。
- ・施設の職員や他のご利用者に対し、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。
- ・施設内喫煙スペース以外での喫煙はできません。
- ・施設内での写真撮影は、他の利用者が写らないよう配慮願います。

(4) 居室

- ・施設が提供する居室は個室とします。その際、利用する階及び居室は、利用者の希望ではなく、施設側で利用者の心身の状態を鑑み選定することとします。
- ・利用者は使い慣れた家具の持ち込みを行うことができます。ただし、生活に必要な範囲とし、施設が認めたものとさせていただきます。

9. 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

協力医療機関

病院名	所在地	電話番号
静岡サニーメディカル クリニック(嘱託医)	静岡市葵区南安倍1-6-10 JSオフィスビル5階	(054) 395-7730
藤枝市立総合病院	藤枝市駿河台4丁目1-11	(054) 646-1111
アライ歯科クリニック	藤枝市鬼島536-2	(054) 644-4477
すぎやま歯科医院	藤枝市青葉町4丁目2-17	(054) 636-6480

10. 緊急時及び事故発生時の対応

当施設のサービス提供中に利用者の容態に急変が見られた場合、その他必要な場合は、速やかに救急隊、主治医、看護師へ連絡して、必要な措置を講じます。利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の身元保証人、利用者のご家族等に連絡して、必要な措置を講じます。また当該事故の状況及び事故に際して採った措置について記録します。事故の原因が当施設の責めに帰する場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

11. 事業継続計画

自然災害や感染症が発生した場合に、事業継続ができるよう事業継続計画を策定するとともに、定期的な研修等を実施していきます。

12. 非常災害対策

非常時の対応	<ul style="list-style-type: none">・非常時対応マニュアルを作成して全職員に周知させています。・夜間等で緊急の場合は、セキュリティ会社との契約により、緊急対応ができるようになっています。
近隣との協力関係	<ul style="list-style-type: none">・自治会等の防災訓練に参加して協力体制を常にとっています。
平常時の防災訓練等	<ul style="list-style-type: none">・毎月1回の防災訓練、夜間又は夜間想定訓練を年1回、消火訓練を年2回、及びその他必要な訓練を実施していきます。
防災設備	<ul style="list-style-type: none">・福祉施設として消防法に定められた防災設備をすべて完備しています。
消防計画	<ul style="list-style-type: none">・消防署への届出 令和3年9月1日・防火管理者 阿部 智弘・内容 消防法第8条第1項に基づいた消防計画

1 3. 感染症対策

当施設にて感染症が発生した場合、又は蔓延防止のための研修を実施するとともに、必要な措置を講じます。

1 4. 医療連絡体制（終末期の対応）

利用者が医師の治療を必要とする場合は、看護師が施設内で可能な医療的処置については対応させていただきます。（24時間看護師との連絡体制をとっています。）利用者が重度化した場合、介護職員、看護師、医師、ご家族との同意を得た上、終末ケアを別紙「看取り介護に関する（ターミナルケア）」指針に基づいて対応させていただく場合もあります。

1 5. 施設を退居する場合（中途解約・契約解除）

当施設との契約は、契約が終了する期日は特に定めていないため、以下のような事由がない限り継続してサービスを利用することができます。ただし、以下の事項に該当した場合は当施設との契約は終了し、退居して頂くことになります。

- ① 要介護認定により、利用者の心身の状況が自立又は、要支援と判定された場合
- ② 利用者が連続して3か月を超えて病院に入院すると見込まれる場合又は入院した場合
- ③ 利用者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 利用者がサービスの利用料を3か月以上滞納し、支払の催促を再三したにも関わらず支払われないとき、利用者が当事業所・職員・他の利用者に対して、生命・身体・財物・信用等を傷つけるなどこの契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合、利用者や家族などが反社会的団体と密接な関係があると認められた場合は、文書で利用者に通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

1 6. 身元保証人及び身元引受人

契約締結にあたり身元保証人及び身元引受人が必要となります。利用者に関する連絡はすべて身元保証人又は身元引受人に致します。なお、身元引受人を併せて立てることができない場合は、身元保証人が身元引受人の責務も併せて負うものと致します。

身元保証人は、利用者に債務不履行があったときは、この契約から生ずる一切の金融債務について連帯して履行の義務を負うものと致します。

身元引受人は、利用者の定期的な医療機関の受診や入院時の対応等をしていただくと共に必要なときは、利用者を引き取る責任を負うものと致します。また入所契約が終了した後、当施設に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合、施設が連絡したときには、残置物を引き取っていただきます。引き渡しにかかる費用については、利用者又は身元保証人にご負担いただきます。

身元保証人及び身元引受人は、氏名を変更したとき、及び死亡等で変更するときは、その旨を

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ サービス提供中に、当事業所職員又は擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ④ 職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

2 1. 身体拘束の防止について

当施設では、利用者又は他の利用者等の生命・身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他の行動制限は行いません。緊急やむを得ない場合とは、次の三つの要件を全て満たしていると判断された場合に限ります。

- ① 切迫性……利用者本人、又は他の利用者の生命、又は身体が危険に晒される可能性が高いこと。
- ② 非代替性…身体拘束、その他の行動制限を行う以外に、代替する方法がないこと。
- ③ 一時性……身体拘束、その他の行動制限が、一時的なものであること。

緊急やむを得ない場合に該当するか否かの判断は、各部署が集まり検討したうえで判断します。その後、利用者本人やご家族に対して身体拘束の内容・理由・梗塞の時間や期限等を明記した文書をもって、説明と同意を頂きます。また、身体拘束を行っている期間中でも定期的に見直しを行い、それを記録として残します。

2 2. 個人情報の取り扱いについて

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は身元保証人・身元引受人若しくはその家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、別紙 I の場合には、事前に承諾なく個人情報を使用致します。その為、別紙 I の同意書に署名捺印の上、ご提出をお願い致します。

以上

改定日：平成 27 年 9 月 15 日	改定日：令和 2 年 4 月 1 日
改定日：平成 28 年 4 月 1 日	改定日：令和 3 年 4 月 1 日
改定日：平成 29 年 4 月 1 日	改定日：令和 3 年 6 月 18 日
改定日：平成 30 年 4 月 1 日	改定日：令和 3 年 6 月 21 日
改定日：平成 30 年 8 月 1 日	改定日：令和 3 年 9 月 1 日
改定日：令和 元年 6 月 19 日	改定日：令和 4 年 2 月 1 日
改定日：令和 元年 7 月 1 日	改定日：令和 4 年 10 月 1 日
改定日：令和 元年 10 月 1 日	改定日：令和 5 年 10 月 1 日
改定日：令和 元年 12 月 1 日	改定日：令和 5 年 11 月 1 日
改定日：令和 2 年 1 月 1 日	改定日：令和 6 年 1 月 1 日

改定日：令和 6 年 4 月 1 日

改定日：令和 6 年 4 月 10 日

改定日：令和 6 年 6 月 1 日

令和 年 月 日

(特別養護老人ホームきらら藤枝)

ユニット型介護老人福祉施設サービス提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

(事業所施設 説明者)

職 種 (_____) 氏名 _____ (印)

(利 用 者)

この説明書により、ユニット型介護老人福祉施設サービスに関する重要事項の説明を受けました。

〒

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(家族代表者又は代理人)

〒

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(利用者との関係) _____

個人情報の取扱いに関する同意書

令和 年 月 日

当法人が運営する事業所とその職員は、業務上知り得た利用者又は身元保証人若しくはその家族等に関する個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の場合には事前承諾なく個人情報を使用します。

- ① 介護保険法に関する法令に従い、利用者のサービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するため、サービス担当者会議等において使用する場合
 - ② 利用者が医療機関を受診又は入院するため、その医療機関に情報を提供する場合
 - ③ 市区町、その他の介護保険事業所等への情報提供や適切な在宅療養を受けるため、医療機関等への療養情報を提供する場合
 - ④ 当事業所の利用を終了し、他の事業所を紹介するなど援助を行うに際し、必要な情報を提供する場合
 - ⑤ 静岡県及び各市町等から介護サービスの維持や改善のため、基礎資料の提出を求められた場合
 - ⑥ 介護保険法等に定められた届出、報告（事故報告書等）を行うため、使用する場合
 - ⑦ 当施設で実習を行う者が報告書又は研究発表等の資料を作成するため、使用する場合
 - ⑧ 損害賠償保険の申請等するため、保険会社に必要な情報を提供する場合
 - ⑨ 法で定められた届出等するため、使用する場合
 - ⑩ 介護サービスの質の向上のため、学会・研究等で事例研究を発表する場合。
- なお、この場合は利用者個人を特定できないよう仮名等を使用することを厳守します。
- ⑪ ①～⑩に掲げる事項は、利用終了後も同様の取り扱いとします。

社会福祉法人県民厚生会

私は適切な介護等のサービスを受けるために、必要最低限度の範囲内で私及び私の家族に関する知り得た個人情報を、貴事業所の職員が上記の行為を行うことに同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

家族代表者又は代理人

住所 _____

氏名 _____ (印)

(利用者との関係) _____

令和 年 月 日

ご利用者・ご家族の皆様

社会福祉法人県民厚生会 きらら藤枝

ホームページ・各事業所だより等への写真及び動画掲載に関する同意のお願い

日頃は当施設をご利用いただき、誠にありがとうございます。

早速ですが、当施設は「地域公益活動」を始め各事業所の紹介や、地域の活動について情報開示の取組を進めています。

また、ご利用者様・ご家族様のみならず地域の皆様にも施設の活動について、ご理解を深めていただくことで、更なる介護サービスの充実に繋げて行くことを目指しています。

つきましては、ホームページ等にご利用者様の写真及び動画の掲載をご承諾いただきたく、お願い申し上げます。なお、写真等の掲載にあたりまして、ご利用者様の個人情報が特定されることの無いよう、下記の3点を遵守いたします。

記

1. 写真は、社会福祉法人県民厚生会の広報に関することのみを使用します。
2. 動画は、ご家族様向けにお送りするパスワードにて、ホームページ上の限定公開とします。
3. 掲載後でも、ご利用者様・ご家族様からの削除依頼があった場合は、速やかに対応します。

以上

ホームページ・各事業所だより等への写真及び動画掲載に関する同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人県民厚生会 きらら藤枝 宛

※いずれかに○を付けてください。

ご利用事業所名	<input checked="" type="radio"/> 特養 <input type="radio"/> デイサービス <input type="radio"/> ショートステイ
---------	--

上記の趣旨より、掲載されることについて

【写真掲載】 同意します 同意しません

【動画掲載】 同意します 同意しません

(ご利用者様) ご住所.....

お名前.....

ご家族
(または代理人)

ご住所.....

お名前.....