

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、適正な介護老人福祉施設サービス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. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 めぐみ福祉会
法人所在地	宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂12809-1
電話番号	0985-30-5241
代表者氏名	有田 秀明
設立年月日	平成11年3月26日

3. 施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設(指定日：平成12年2月14日)
施設の名称	特別養護老人ホーム めぐみの里
指定番号	宮崎県指定第4571500273号
施設所在地	宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂12809-1
電話番号	0985-30-5241
FAX番号	0985-30-5242
施設長氏名	小笠原 健時
開設年月日	平成12年2月1日
入所定員	66名

4. 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室への入居を希望される場合は、その旨お申し出ください。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

居室・設備の種類	室数	面積	一人当り床面積	備 考
1人部屋	16	264.41㎡	16.52㎡	従来型個室
2人部屋	1	22.50㎡	11.25㎡	多床室
4人部屋	13	556.89㎡	10.71㎡	多床室
合 計	30	843.80㎡	12.05㎡	
食 堂 機能訓練室	1 (1)	204.45㎡	2.92㎡	兼 用 (食堂兼機能訓練室)
浴 室	1	67.00㎡		機械浴、特殊浴槽
医 務 室	1	25.48㎡		
静 養 室	1	26.88㎡		

※ 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付

けられている施設・設備です。

- ☆ 居室の変更：ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等に変更の事由をご説明いたします。
- ☆ 居室に関する特記事項：トイレ・洗面所は、全居室内に設置しています。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<職員の配置状況・主な職種の勤務体制>

職 種	常勤換算	勤 務 時 間 ・ 勤 務 体 制
管 理 者	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介 護 職 員	2 1 以上	標準的な時間帯における配置人員
		早 出 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 3 名
		平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 2 名
		遅 出 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 4 名
		夜 勤 1 6 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0 3 名
生活相談員	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
看 護 職 員	3 以上	標準的な時間帯における配置人員
		早 出 6 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0 1 名
		平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 1 名
		遅 出 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 1 名
機能訓練指導員	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
介護支援専門員	1	平 常 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
栄 養 士	1	平 常 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
医 師	(1)	毎週木曜日 1 4 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

※土日は上記と異なります。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週 4 0 時間)で除した数です。

6. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 食 事

朝 食 8 時 0 0 分 ~
昼 食 1 2 時 0 0 分 ~
夕 食 1 7 時 0 0 分 ~

② 介 護

食事等の介助、着替え介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

③ 入 浴

入浴は週 2 回行います。特別浴又は清拭となる場合があります。

④ 排 泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 機能訓練

ご契約者の心身の状況に応じて、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。

⑥ 健康管理

嘱託医や看護職員が健康管理を行います。

⑦ レクリエーション

季節ごとの花見学、カラオケ等を実施しています。

7. 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。

☐ 介護報酬告示額

(1) 基本料金

介護区分	介護報酬額	1日の自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	5,890円	589円	1,178円	1,767円
要介護2	6,059円	659円	1,318円	1,977円
要介護3	7,320円	732円	1,464円	2,196円
要介護4	8,020円	802円	1,604円	2,406円
要介護5	8,710円	871円	1,742円	2,613円

(2) 加算料金等

名称	介護報酬額	1日の自己負担額		
		1割	2割	3割
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	360円	36円	72円	108円
看護体制加算（Ⅰ） 口	40円	4円	8円	12円
看護体制加算（Ⅱ） 口	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算（Ⅲ） 口	160円	16円	32円	48円
個別機能訓練加算	120円	12円	24円	36円
初期加算	300円	30円	60円	90円
療養食加算（1日3回限度）	60円	1回6円	1回12円	1回18円

入院・外泊時加算	2460 円	246 円	492 円	738 円
看取り介護加算				
・ 死亡日	12,800 円	1,280 円	2,560 円	3,840 円
・ 死亡日の前日・ 前々日	6,800 円	680 円	1,360 円	2,040 円
・ 死亡日前以前 4～ 30 日	1,440 円	144 円	288 円	432 円
・ 死亡日前 31 日～ 45 日以下	720 円	72 円	144 円	216 円
介護職員等処遇改 善加算（Ⅰ）ロ	介護報酬額 の 1000 分の 176 に相当 する金額	自己負担額 の 1000 分 の 176 に相 当する金額	自己負担額 の 1000 分 の 176 に相 当する金額	自己負担額 の 1000 分 の 176 に相 当する金額
科学的介護推進体 制加算（Ⅱ）	月額 500 円	月額 50 円	月額 100 円	月額 150 円
生産性向上推進体 制加算（Ⅱ）	月額 100 円	月額 10 円	月額 20 円	月額 30 円
栄養マネジメント 強化加算	110 円	11 円	22 円	33 円

□ その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」

1 日あたりの金額

	居 住 費	食 費
従来型個室	1,231 円	1,545 円
多 床 室	915 円	1,545 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) 介護保険の給付対象とならないその他のサービス

サービスの種類	料 金
特別な食事	要した費用の実費
理容・美容サービス	業者が来園されます。料金(実費)は、施設が立替し翌月料金を請求いたします。
貴重品管理	依頼があれば、無料で預ります。
レクリエーション	年間計画以外の個人分は、実費をいただきます。
クラブ活動	年間計画以外の個人分は、実費をいただきます。
日常生活用品	注文があれば施設立替にて購入いたします。
新聞・雑誌等	注文があれば施設立替にて購入いたします。

□ 利用料金のお支払い方法

利用料金は、1 か月ごとに計算しご請求しますので、翌月 20 日にご登録された金融機関口座より自動引き落としを行います。退所月につきましては、現金でのお支払いとなります。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

8. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入所者又はその家族は、体調の変化あった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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。

9. 感染症の予防及びまん延防止のための措置について

当施設において、感染症が発生し、又はまん延しないように次のとおり措置を講じるよう努めます。

- ① 当施設における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）をおおむね3月に1回以上開催します。その結果を従業者に周知徹底します。
- ② 当施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 当施設従業者における感染症の予防、まん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

10. 非常災害対策

当施設では、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、取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、毎月入所者及び従業者等の訓練を行います。

11. 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。

12. 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、市町村及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。

13. 守秘義務に関する対策

当施設及び従業者は、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。

1 4. 虐待の防止

当施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、指針や環境の整備に努めます。成年後見制度の利用を支援します。

また、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底します。従業者に対しては、定期的な研修を実施します。

サービス利用中に、当施設従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

1 5. 身体拘束の禁止

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。

1 6. 苦情の受け付けについて

（1）当施設における苦情の受付並びに解決方法

当施設における苦情受付担当者、苦情解決責任者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めます。

- 苦情受付担当者 菅 誠 （生活相談員）
- 苦情解決責任者 小笠原 健 時 （ 施設長 ）
- 第三者委員
齋藤 晏信 （元めぐみ福祉会監事）
仁田脇 安博 （めぐみ福祉会監事）

① 苦情の受付

受付時間 ： 毎週月曜日～金曜日 8時30分～17時30分

受付方法 ： 電話（30-5241）、FAX（30-5242）及び面接

苦情受付箱を施設内に設置しています。

第三者委員による受付

齋藤 晏信 0985-74-1778

仁田脇 安博 0985-26-5445

② 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告します。

第三者委員は、内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③ 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア．第三者委員による苦情内容の確認

イ．第三者委員による解決案の調整、助言

ウ．話し合いの結果や改善事項等の確認

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

出身市町村役場介護保険担当係及び国民保健団体連合会、宮崎県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会」が苦情受け付け機関となっています。

宮崎県国民健康保険団体連合会（受付時間 8：30～17：15）

苦情処理専用 電話 0985-35-5301 FAX 0985-25-0268

宮崎県運営適正化委員会（受付時間 8：30～17：00）

電話 0985-22-3145 FAX 0985-22-3145

宮崎市介護保険課（受付時間 8：30～17：15）

電話 0985-21-1777 FAX 0985-21-1777

17. 協力医療機関等

施設では、下記の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

野辺整形外科内科

宮崎市佐土原町下田島 20113-32 TEL 0985-73-0255

宮崎善仁会病院

宮崎市新別府江ノ口 950 TEL 0570-02-1599

・協力歯科医療機関

こだま歯科医院

宮崎市佐土原町東上那珂 15844-11 TEL 0985-74-4620

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

18. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様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、ご入所者様に故意又は過失が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。

19. 第三者評価の実施状況について

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、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 宮崎県宮崎市佐土原町東上那珂 12809-1

施設名 特別養護老人ホーム めぐみの里

管理者名 印

説 明 者 印

令和 年 月 日

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、指定介護老人福祉施設サー
ビスの提供開始に同意しました。

<入所者>

住 所

氏 名 印

<代理人>

住 所

氏 名 印