

介護老人福祉施設重要事項説明書

1. 事業所の名称及び所在地

- (1) 名 称 介護老人福祉施設 フルーツ・シャトーよいち
- (2) 所 在 地 北海道余市郡余市町黒川町19丁目1番地2
- (3) 電話・FAX 電話 0135-22-5350 FAX 0135-22-6025
- (4) 事業所経営者 社会福祉法人よいち福祉会 理事長 清水雅昭
- (5) 開設年月日 平成3年4月1日

2. 利用定員 98名（従来型50名・ユニット型48名）

- 3. ユニットの名称等
- ユニット1－黒川町 10名
- ユニット2－大川町 10名
- ユニット3－港町 10名
- ユニット4－登町 9名
- ユニット5－梅川町 9名

4. 入退居にあたっての留意事項

指定介護老人福祉施設サービスの対象者は、要介護者であって継続して医療的処置が必要ない方とします。

- 入居後、入居者の状態が変化し常時治療の必要性が出た場合は退居の場合があります。
- 退居に際しては、入居者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう退居に必要な援助を行うよう努めます。

5. 事業所における苦情の受付

(1) 苦情受付窓口

- 苦情受付担当者 援助係長 菊 地 健
- 苦情解決責任者 総合施設長 亀 尾 毅
- 連絡先 0135-22-5350
- 受付時間 午前9時20分～午後6時20分
- 苦情第3者委員 田 中 哲 郎 0135-22-6271
- 野 村 広 司 0135-33-5062
- 三 浦 恵 子 0135-23-3781

(2) 苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情解決責任者へ内容の報告をし、事実確認を致します。内容によっては入居者、ご家族等と面談を行い詳細な聞き取りを致します。その後苦情解決へ向けて施設内苦情相談委員会で対応を検討し苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講じる仕組みとなっております。解決が困難となった事例については、法人が設置する苦情処理第3者委員会に申し立て、速やかに解決を図るよう努めます。

○ 当事業所以外については市町村、国民健康保険団体連合会、北海道福祉サービス適正化委員会へサービスに関して苦情の申し立てをすることができます。

余市町役場

余市町朝日町26番地

0135-23-2141

国民健康保険団体連合会

札幌市中央区南2条西14丁目国保会館

011-231-5161

北海道福祉サービス適正化委員会

札幌市中央区北2条西7丁目

011-204-6310

※国民健康保険団体連合会への申し立て方法は、原則書面によりますが、困難な場合に口頭による申し立ても出来ます。

6. 職員体制（短期入所生活介護と一体的運営）

職種	職員数	職種	職員数	職種	職員数
管理者	1	機能訓練指導員	1	管理栄養士	1
生活相談員	3	介護支援専門員	4	事務職員	3
介護職員	82	医師	1		
看護師	9				

〔注〕 1. 介護老人福祉施設フルーツ・シャトーよいち短期入所生活介護と一体的にサービス提供を行っておりますので、職員の配置数はその合計で表示してあります。

7. サービスの内容

(1) 施設サービス計画の立案

入居者の方の個別の援助計画を立て、内容をご本人・ご家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアを致します。

(2) 食事

管理栄養士が献立を立て、季節感のある食事を提供致します。

(3) 介護

可能な限り自立に向けた介護を提供致します。

- (4) 入浴
週2回以上の入浴があります。身体状況に応じて、普通浴槽・座浴槽・特殊浴槽を利用頂けます。
- (5) 機能訓練
ご希望により身体状況・体力に応じた機能訓練を致します。
- (6) 生活相談
生活相談員等が生活内のご相談に応じます。
- (7) 健康管理
食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。
- (8) 理美容サービス
移動理髪サービスをご利用することが出来ます。
- (9) 日常費支払代行
入居者・ご家族の同意のもと日常生活にかかる支払いを代行することができます。
- (10) 所持品の管理
入居者・ご家族の同意のもと所持品の管理をすることが出来ます。
- (11) レクリエーション等
運動を兼ねて楽しみながら参加出来るレクリエーションを企画実施致します。

8. 利用料（本人負担額）

(1) サービスの利用料（1日あたり）

（単位：円）

介護度	介護費		
	従来型個室	多床室	ユニット型個室
要介護1	589	651	669
要介護2	660	722	740
要介護3	730	792	810
要介護4	801	863	881
要介護5	871	933	941

- 入所した日から30日以内の期間につき初期加算として1日30円を加算
- 入院又は外泊をした場合は、初日及び最終日を除き1ヶ月に6日を限度として所定介護費に代えて1日につき246円を算定
- 個別機能訓練加算として、1日につき12円を加算
- 栄養マネジメント加算として、1日につき14円を加算

- 看護体制加算として、１日につき１２円を加算（看護体制加算Ⅰ：４円・看護体制加算Ⅱ：８円）
- 夜勤職員配置加算として、１日につき２２円（従来型）を加算・２７円（ユニット型）を加算
- 若年性認知症入所者受入加算として、必要と認められる場合は１日につき１２０円を加算
- 日常生活継続支援加算として、１日につき２２円を加算
- 看取り介護加算
医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みが無いと診断があり、入居者またはご家族等の同意を得た看取り介護に関する計画をもとに看取り介護をした場合で、当施設において死亡した場合の加算。
 - ① 死亡日以前４日以上３０日以下 １日につき ８０円
 - ② 死亡日の前日及び前々日 １日につき ６８０円
 - ③ 死亡日当日の加算 １２８０円

（２）居住費及び食費

（単位：円）

利用者 負担段階	居住費			食費
	従来型個室	多床室	ユニット型個室	
基準費用額	１，１５０	３２０	１，９７０	１，３８０
第１段階	３２０	０	８２０	３００
第２段階	４２０	３２０	８２０	３９０
第３段階	８２０	３２０	１，６４０	６５０

※ 特定入所者介護サービス費制度による介護保険負担限度額認定を受けている場合、上記利用者負担段階の第１段階から第３段階に該当する場合があります。

（３）理美容代

カット・顔剃り

（１）２，０００円 （２）１，８００円

カットのみ

（１）１，８００円 （２）１，５００円

ベッド上でのカット・顔剃り

２，２００円

パーマ ５，３００円

毛染め・カット ４，５００円

（４）その他管理費等

下記を除いて原則不要。但し入居者の負担が適当と認められる場合は入居者と協議の上徴収。

１日当たり１０円（テレビ）

１日当たり２５円（冷蔵庫）

※テレビ及び冷蔵庫に係る料金徴収については、入居者が居室に持ち込んで使用した際に掛かる１日当たりの電気料金です。

(5) 支払方法

毎月 5 日までに前月分の請求を致しますので請求書受領後 7 日以内にお支払い下さい。

9. 緊急時の対応方法

- 入居者の様態の変化、急変などがあつた場合は、ただちに事業所管理者に報告し、ご家族に連絡をするとともに 24 時間の連絡体制を確保している当施設看護師に連絡をし、病院や診療所等との連携により、健康上の管理に関し必要に応じて適切な措置を講じます。

10. 非常災害対策

- 災害時においては「社会福祉法人よいち福祉会 防災管理規程」及び「消防計画」などの規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

11. 事故発生時の対応

- サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止のための措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

12. 利用者の記録や情報の管理・開示について

- 関係法令に基づいて、入居者の記録や情報を適切に管理し、入居者の求めに応じて、その内容を開示します。又、入居者及びご家族の情報の使用に関しては予め別紙個人情報使用同意書により同意の上、使用させていただきます。

13. 協力医療機関

社会福祉法人 北海道社会事業協会 余市病院
医療法人社団 荒木歯科医院

14. その他の運営についての重要事項

- 事業所は、生活相談員等の資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備しております。
- 職員は業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容としております。
- 認知症等の方について、入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、

緊急やむを得ない場合についてのみ身体拘束を行う場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、入居者及び家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その様態及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

- 入居者が重度化した場合は看取りに関しての指針に基づき、本人及び家族の意思の確認をして対応の同意を必要の都度得ながら、医療機関等との連携により対応することとする。

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）利用にあたり、入居者に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

名 称 介護老人福祉施設 フルーツ・シャトーよいち

説明者 職 名
氏 名

㊞

上記内容の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

入居者氏名
又は入居者代理人

㊞