

# 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. 事業者の内容

### (1) 提供できるサービスの地域

施設名	介護老人福祉施設 白菊苑
指定番号	1170300667
所在地	埼玉県さいたま市大宮区寿能町2丁目21番地3
管理者の氏名	施設長 浦山 透
電話番号	048(648)5571
FAX番号	048(648)5582

### (2) 事業所の従業員の体制

(令和8年2月1日現在)

職種	従事するサービス種類、業務	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名		1名
医師	健康管理および療養上の管理		2名	2名
生活相談員	生活相談及び指導	1名		1名
介護支援専門員	施設サービス計画の作成(兼務)	1名		1名
介護職員	介護業務	18名	2名	21名
看護師又は准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	3名		3名
栄養士	食事の献立作成・栄養計算・栄養指導等	1名		1名
機能訓練指導員	心身機能の向上・健康維持のための指導	1名		1名

### (3) 職種の勤務体制

・早番①	(常勤)	1人	7:00 ~ 16:00
・早番②	(常勤・非常勤)	1人	7:45 ~ 16:45
・早番③	(常勤・非常勤)	1人	8:00 ~ 17:00
・日勤	(常勤・非常勤)	2人	9:45 ~ 18:45
	(非常勤)	1人	9:00 ~ 17:00
・遅番	(常勤・非常勤)	1人	10:00 ~ 19:00
・夜勤	(常勤)	2人	16:45 ~ 9:45

#### (4) 設備の概要

定員 60名 (介護老人福祉施設 50名、短期入所生活介護 10名)

##### ○居室

4人部屋 12室 個室 8室

2人部屋 2室

入所者の居室は、ベッド、枕元灯、ロッカー等を備品として備えます。

##### ○食堂 1室

入所者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、入所者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

##### ○浴室 1室

浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

##### ○洗面所及び便所 各居室に1室及び各階に1室

必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます。

##### ○機能訓練室 1室

入所者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

##### ○医務室 1室

入所者の診療・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、入所者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

##### ○静養室

看護室内に設けます。

### 3. サービスの内容

#### (1) 基本サービス

① 食事 朝食 8:00～

昼食 12:00～

夕食 18:00～

② 介護 食事の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

③ 入浴 最低、週2回入浴可能です。特別浴または清拭となる場合があります。

④ 機能訓練 機能訓練室にて入所者の状況に応じて機能訓練を実施します。

⑤ 理容 月2回、理容サービスを実施しております。(料金は自己負担)

⑥ レクリエーション 現在、ちぎり絵、民謡、音楽リハビリ等を定期的に行っています。

#### 4. 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（1日あたり）

介護区分	1日あたりの利用料		自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
要介護1	6,378円	(589単位)	637円	1,275円	1,913円
要介護2	7,136円	(659単位)	713円	1,427円	2,140円
要介護3	7,927円	(732単位)	792円	1,585円	2,378円
要介護4	8,685円	(802単位)	868円	1,737円	2,605円
要介護5	9,432円	(871単位)	943円	1,886円	2,829円

##### (2) 加算料金等

	1日あたりの利用料金		自己負担額 (1割)	自己負担額 (2割)	自己負担額 (3割)
個別機能訓練加算	128円	12 (単位)	13円	26円	39円
初期加算	320円	30 (単位)	32円	64円	96円
退所時等相談援助加算					
(退所前後訪問相談援助加算)	4,912円	460 (単位)	492円	983円	1,474円
(退所時相談援助加算)	4,272円	400 (単位)	428円	855円	1,282円
看護体制加算 I	64円	6 (単位)	7円	13円	20円
経口維持加算 (I)	4,272円	400 (単位)	428円	855円	1,282円
栄養マネジメント強化加算	384円	11 (単位)	39円	77円	116円
ADL維持等加算 (I)	320円	30 (単位)	32円	64円	96円
日常生活継続支援加算 (I)	384円	36 (単位)	39円	77円	116円
サービス提供体制強化加算 I	234円	22 (単位)	23円	47円	71円
科学的介護推進体制加算	433円	40 (単位)	43円	86円	129円
安全対策体制加算	213円	20 (単位)	22円	43円	64円
生産性向上推進体制加算	108円	10 (単位)	11円	22円	33円
療養食加算 (1食あたり)	64円	6 (単位)	7円	13円	20円
若年性認知症入所者受入加算	1,281円	120 (単位)	129円	257円	385円
精神科医加算	53円	5 (単位)	6円	11円	16円
外泊時加算	2,627円	246 (単位)	263円	526円	789円
褥瘡マネジメント加算 (I)	月 32円	月 3 (単位)	月 4円	月 7円	月 32円
褥瘡マネジメント加算 (II)	月 138円	月 13 (単位)	月 14円	月 28円	月 42円
口腔衛生管理加算	月 961円	月 90 (単位)	月 97円	月 193円	月 289円
介護職員処遇改善加算 I	サービスの利用に当たって算定した総単位数の1000分の140に相当する単位数から算出された額の一割、又は二割、又は三割				

□その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」

居室（個 室）	居住費（多床室）	食費
1, 4 2 0 円	1, 0 5 0 円	1, 6 7 0 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。

※ 介護保険負担割合証で記載されている負担割合の額とします。

※ 個室をご利用の際は、ご利用者様の心身の状況や感染症対策の取組等で利用して頂く場合がございます。ご利用前に、予めご連絡、ご説明させていただきます。

※ 外泊・入院等で居室を空けておく場合、外泊時加算の算定期間を超えて以降は居住費の基準費用額〔1, 0 5 0 円〕をいただきます。

(2) 「その他の費用」（全額、自己負担）

項目名	金 額	詳 細
日用品費	1 5 0 円／1 日	日常生活に係る日用品（バスカ、フェイスタオル、ウェットティッシュ、歯ブラシ、歯磨き粉、ハンダット）の費用
健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種等
財産管理委託費	1 0 0 円／1 日	財産管理委託契約に基づく管理費用
ホーム喫茶	1 0 0 円 ～2 0 0 円／1 品	施設内のホーム喫茶での飲食代
調 髪 料	1 6 0 0 円／1 回	理容師が来苑して実施
マッサージ料	2 0 0 0 円／1 回	マッサージ師が来苑して実施

5. 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、体調の変化が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、施設内の機械およ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施設内での金銭および食物等のやりとりは、ご遠慮ください。

④従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

⑤喫煙は、事業所内の所定の場所に限り、それ以外の場所においては居室内を含み禁煙にご協力頂きます。

⑥飲酒は、事業所内の所定の場所及び時間に限り、それ以外の場所においては居室内を含み飲酒にご協力頂きます。

⑦入所者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に連絡をお願いしています。

⑧入所者は、健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、可能な限り受診していただきます。

⑨入所者は、生活環境の保全のため、施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力いただきます。

す。

#### ⑩禁止行為に関して

- 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の事由を侵すこと。
- 二 けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
- 三 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- 四 指定した場所以外で火気を用いること。
- 五 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

#### 6. 非常災害対策

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、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上入所者及び従業者などの訓練を行います。

#### 7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関へ連絡等必要な措置を講じます。

#### 8. 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、関係医療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。

#### 9. 守秘義務に関する対策

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ます。

#### 10. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

#### 11. 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を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。

#### 12. 高齢者虐待防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する責任者を選定しています（責任者：介護課職員）。

(2)虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

(3)虐待の防止のための指針を整備します。

(4)虐待の防止のための研修を定期的（年2回）に実施し、従業者の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

(5)成年後見制度の利用を支援します。

(6)従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者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

### 13. 苦情相談窓口

※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。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員 星野 伸行

ご利用時間 月～金曜日 9時～17時

ご利用方法 電話 048（648）5571

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

・さいたま市役所 介護保険課 電話 048（829）1264

・ 高齢福祉課 電話 048（829）1259

・さいたま市大宮区 高齢介護課 電話 048（646）3068

・権利擁護センター 電話 048（822）1204

・埼玉県運営適正化委員会 電話 048（822）1242

・埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048（824）2568

### ※苦情処理第三者委員

・苦情解決に社会性客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を進展するため、第三者委員を設置しています。公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

### 14. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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

大宮双愛病院

住所 さいたま市大宮区堀の内町1-59-11

宇治病院

住所 さいたま市大宮区宮町2-90

・協力歯科医療機関

メグ歯科クリニック

住所 川口市西青木5-3-34

### ◇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。

15. 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、ご入所者様の置かれた心身の状況を斟酌して減額するのが相当と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。

16. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価実施状況

当施設において、意見箱を設置し利用者等の意見の把握に努めます。

第三者による評価の実施は行っていません。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入所者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 埼玉県さいたま市大宮区寿能町2-21-3

事業所名 指定介護老人福祉施設 白菊苑

指定番号 1170300667

管理者名 浦山 透 印

説明者 浦山 透 印

私は、契約書及び本書面により、施設から指定介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受けました。

<入所者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<入所者代理人（選任した場合）>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印