

## 養護老人ホーム富士見園（外部サービス利用型特定施設）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。  
（北海道指定第0176700748号）

当事業所はご契約者に対して「外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者介護サービス」を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

### ◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 施設等の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. サービスの内容	3
6. 居室の変更	4
7. ご面会について	4
8. サービス利用料金及び支払い	4
9. 感染症の対策について	7
10. 緊急時の対応	8
11. 協力病院	8
12. 守秘義務	8
13. 身体拘束の原則禁止	8
14. 虐待防止の措置	8
15. 事故発生時の対応	8
16. 非常災害対策	9
17. 苦情の受付	9
18. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等	9

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 稚内市社会福祉事業団
- (2) 法人の所在地 稚内市富士見5丁目1178番地の1
- (3) 電話番号 0162-28-1060
- (4) 理事長 梅村 俊範
- (5) 設立年月日 平成元年3月1日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護施設  
平成21年4月1日「北海道指定 第0176700748号」
- (2) 事業所の目的 要介護状態又は、要支援状態にある利用者に対し、適正な外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 稚内市養護老人ホーム富士見園
- (4) 事業所の所在地 稚内市富士見5丁目1179番地の1
- (5) 電話番号 0162-28-1334  
(FAX 0162-28-1335)
- (6) 施設長氏名 山内 正人
- (7) 事業所の運営方針 利用者が当施設において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、特定施設サービス計画又は介護予防特定施設サービス計画に基づき、事業者が委託する指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者より提供される、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援が、適切かつ円滑に行われるための必要な措置並びにその他日常生活における必要な援助を行う。  
事業の実施に当たっては、稚内市、居宅介護支援事業者、予防介護支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 昭和42年2月1日
- (9) 入居定員 50名

## 3. 施設等の概要

- (1) 建物 構造 鉄筋コンクリート平屋建  
面積 1,595.93㎡
- (2) 居室 一人部屋 40室  
二人部屋 5室

- (3) 主な設備
- |         |        |      |
|---------|--------|------|
| 食堂      | 1室     | (共用) |
| 浴室      | 1室     | (共用) |
| 医務室     | 1室     |      |
| トイレ     | 男女各2箇所 |      |
| 車イス用トイレ | 2室     |      |

#### 4. 職員の配置状況（養護老人ホーム・訪問介護センター職員を兼務）

##### (1) 職員の配置状況

職 種	現 員	指定基準	備 考
1. 施設長	1名	1名	養護施設長兼務
2. 生活相談員	1名以上	1名（常勤換算）	養護生活相談員兼務
3. 計画作成担当者	1名以上	1名	養護生活相談員兼務
4. 介護員	3名以上	3名（常勤換算）	養護支援員兼務
5. 事務員	1名以上	指定基準外	養護事務員兼務

##### (2) 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
4. 介護員	早番1 7時30分～16時15分
	早番2 8時30分～17時15分
	日勤1 8時45分～17時30分
	日勤2 9時30分～18時15分
	遅番 10時00分～18時45分

#### 5. サービスの内容

##### (1) 基本サービス

###### ① 特定施設サービス計画の立案

利用者について、解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護サービスに係る目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供するうえでの留意点を盛り込んだ特定施設サービス計画を作成します。

###### ② 利用者の安否の確認

事業所の従事者により、利用者の心身の状況や、安否等の確認を行うなど常に生活状況に配慮します。

###### ③ 生活相談等

生活相談員をはじめ従事者が、日常生活に関すること等の相談に応じます。

##### (2) 受託居宅サービス

特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、療養、その他日常生活上の支援について、下記のサービスにつき事業

者が委託する指定居宅サービス事業者より提供します。

- ① 指定訪問介護 富士見訪問介護支援センター  
(稚内市富士見5丁目1179番地の1)
- ② 指定地域密着型通所介護 デイサービスセンター富士見園  
(稚内市富士見5丁目1179番地の1)
- ③ 指定通所介護 デイサービスセンター潮見園  
(稚内市潮見3丁目1番地14号)
- ④ 指定訪問看護 稚内市訪問看護ステーション  
(稚内市中央4丁目16番2号)

※次の指定居宅サービスは、利用者の希望や心身の状況等に応じて事業者がその都度委託する事業者より提供します。

- ① 訪問入浴介護
- ② 指定訪問リハビリテーション
- ③ 指定通所リハビリテーション
- ④ 指定福祉用具貸与

## 6. 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合がありますが、その際には、利用者またはご家族と協議のうえ同意を得て決定します。

## 7. ご面会について

ご面会の際は、お手数ですが玄関受付に設置されている面会票にご記入の上職員にお渡しください。また、玄関正面は緊急車両が停止する可能性があるため駐車をご遠慮いただき、所定の場所にお停め頂くようお願い致します。

## 8. サービス利用料金及び支払い

- (1) 利用者の要介護度に応じたサービス利用料から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なり、利用料詳細については下記のとおりです。）

### ① 要介護者の場合

サービス種別		基準額	1割負担	2割負担	3割負担
基本部分 (入院及び外泊期間等は除く)	1日につき	840円	84円	168円	252円

サービス種別		基準額	1割負担	2割負担	3割負担
訪問介護 (身体介護) 1回につき	15分未満	940円	94円	188円	282円
	15分以上 30分未満	1890円	189円	378円	567円
	30分以上 45分未満	2560円	256円	512円	768円
訪問介護 (生活介護) 1回につき	15分未満	480円	48円	96円	144円
	15分以上 30分未満	940円	94円	188円	282円
	30分以上 45分未満	1420円	142円	284円	426円
通所介護 2時間から3時間まで	要介護1	2440円	244円	488円	732円
	要介護2	2800円	280円	560円	840円
	要介護3	3160円	316円	632円	948円
	要介護4	3530円	353円	706円	1059円
	要介護5	3890円	389円	778円	1167円
通所介護 3時間から4時間まで	要介護1	3330円	333円	666円	999円
	要介護2	3810円	381円	762円	1143円
	要介護3	4310円	431円	862円	1293円
	要介護4	4800円	480円	960円	1440円
	要介護5	5290円	529円	1058円	1587円
通所介護 4時間から5時間まで	要介護1	3490円	349円	698円	1047円
	要介護2	4000円	400円	800円	1200円
	要介護3	4520円	452円	904円	1356円
	要介護4	5040円	504円	1008円	1512円
	要介護5	5550円	555円	1110円	1665円
通所介護 5時間から6時間まで	要介護1	5130円	513円	1026円	1539円
	要介護2	6060円	606円	1212円	1818円
	要介護3	6990円	699円	1398円	2097円
	要介護4	7920円	792円	1584円	2376円
	要介護5	8860円	886円	1772円	2658円
地域密着型通所介護 2時間から3時間まで	要介護1	2750円	275円	550円	825円
	要介護2	3160円	316円	632円	948円
	要介護3	3570円	357円	714円	1071円
	要介護4	3960円	396円	792円	1188円
	要介護5	4380円	438円	876円	1314円
地域密着型通所介護 3時間から4時間まで	要介護1	3740円	374円	748円	1122円
	要介護2	4300円	430円	860円	1290円
	要介護3	4860円	486円	972円	1458円
	要介護4	5400円	540円	1080円	1620円
	要介護5	5970円	597円	1194円	1791円

地域密着型通所介護 4 時間から 5 時間まで	要介護 1	3920 円	392 円	784 円	1176 円
	要介護 2	4510 円	451 円	902 円	1353 円
	要介護 3	5090 円	509 円	1018 円	1527 円
	要介護 4	5660 円	566 円	1132 円	1698 円
	要介護 5	6260 円	626 円	1252 円	1878 円
地域密着型通所介護 5 時間から 6 時間まで	要介護 1	5910 円	591 円	1182 円	1773 円
	要介護 2	6980 円	698 円	1396 円	2094 円
	要介護 3	8060 円	806 円	1612 円	2418 円
	要介護 4	9120 円	912 円	1824 円	2736 円
	要介護 5	10210 円	1021 円	2042 円	3063 円

サービス種別	基準額	1 割負担	2 割負担	3 割負担
指定福祉用具貸与	指定福祉用具貸与事業者が定める額	基準額の 10%	基準額の 20%	基準額の 30%

※サービス利用料の 1 月当たりの限度額は、次のとおりです。

要介護 1 16,355 円 要介護 2 18,362 円 要介護 3 20,490 円  
 要介護 4 22,435 円 要介護 5 24,533 円

② 要支援者の場合

サービス種別	基準額	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
基本部分 (入院及び外泊期間等は除く)	1 日につき	570 円	57 円	114 円	171 円

サービス種別	基準額	1 割負担	2 割負担	3 割負担	
訪問介護 1 月につき	訪問介護費 (Ⅰ)	10320 円	1032 円	2064 円	3096 円
	訪問介護費 (Ⅱ)	20660 円	2066 円	4132 円	6198 円
	訪問介護費 (Ⅲ)	32770 円	3277 円	6554 円	9831 円
通所介護 1 月につき	要支援 1	15110 円	1511 円	3022 円	4533 円
	要支援 2	30990 円	3099 円	6198 円	9297 円

サービス種別	基準額	1 割負担	2 割負担	3 割負担
指定福祉用具貸与	指定福祉用具貸与事業者が定める額	基準額の 10%	基準額の 20%	基準額の 30%

※サービス利用料の 1 月当たりの限度額は、次のとおりです。

要支援 1 5,032 円 要支援 2 10,531 円

③ 加算料金

区分	基準額	1 割負担	2 割負担	3 割負担
障害者等支援加算 (1 日につき) 精神上的障害等により特に支援を必要とする者に対して基本サービスを提供した場合 (入院及び外泊機関等は除く)	200 円	20 円	40 円	60 円

サービス提供体制強化加算 (1日につき) 常勤の介護職員等の状況に対する評価で、 職員の体制により(I)～(III)のいずれか の単位が加算	(I)	220円	22円	44円	66円
	(II)	180円	18円	36円	54円
	(III)	60円	6円	12円	18円
介護職員処遇改善加算 (1月につき) 国が定めた要件を満たしている場合	(I)	利用料総額(自己負担分)の8.2%に相当する額			
介護職員等特定処遇改善加算 (1月につき) 国が定めた要件を満たしている場合	(I)	利用料総額(自己負担分)の1.8%に相当する額			
	(II)	利用料総額(自己負担分)の1.2%に相当する額			
介護職員等ベースアップ等支援加算 (1月につき) 国が定めた要件を満たしている場合		利用料総額(自己負担分)の1.5%に相当する額			

- ④ 尚、自己負担額に対して負担軽減措置があります。
- (2) 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- (3) 利用料金は、1ヶ月ごとに計算し請求しますので、翌月25日までにお支払い下さい。(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になります。)
- (4) その他の費用
- ① 利用者の選定により提供される介護、その他日常生活上の便宜に要する費用の実費。
  - ② 施設が指定する支給対象となる紙オムツ以外の特別な排泄ケア用品の費用。
  - ③ 前各号に掲げるものの他、外部サービス利用型指定特定施設(指定介護予防特定施設も同様です。)等において提供される便宜のうち日常生活において、通常必要となるものに係る費用であって利用者に負担させることが適当とされる費用の実費。

## 9. 感染症の対策について

事業所の運営に当たっては、当法人が整備する感染症対策マニュアルを基に、感染症の予防及びまん延の防止のための対策を実施します。また、地域で感染症が流行している場合や、利用者が現に感染症を有している、又は感染症を有している可能性があり、従事者や他の利用者等に重大な影響を与えるおそれがあるようなやむを得ない場合は、面会や外出その他の施設内外の行動を制限させていただく場合があります。

#### 10. 緊急時の対応

利用者の病状が急変した場合、その他緊急の事態が生じた場合は、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。

#### 11. 協力病院

医療機関の名称	市立稚内病院
所在地	稚内市中央4丁目11番6号
診療科	内科、外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、婦人科、眼科、精神神経科、耳鼻咽喉科
入院設備	あり
救急指定	あり

#### 12. 守秘義務

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。(退職者についても同様)

#### 13. 身体拘束の原則禁止

サービスを提供するに当たっては、利用者本人又は他の利用者の生命身体を保護する為にやむを得ず行う場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限してはならないものとし、やむを得ない場合は、家族等へ説明し同意を得たうえで行うものとします。また緊急な状態で、家族等の同意を得るいとまがない時は、同意なくして身体拘束の処置を講じることができるとはしますが、事後にその理由の説明を行います。

#### 14. 虐待防止の措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等に関する必要な体制を整備するとともに、従事者に対して定期的な研修の実施や関連情報の提供を行い、不適切介護及び虐待の定義等を理解させ、虐待防止の徹底と利用者の尊厳保持に努めます。また、従事者等による利用者に対する虐待があったと思われる場合、又はあった場合は速やかに事実調査を行い実態把握に努め、適切に対処します。

#### 15. 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執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。

16. 非常災害対策

事業者は、消火設備その他非常災害に際して必要な設備をもうけるとともに、非常災害に対する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に従事者へ周知します。また、非常災害に備えるため、年2回以上避難誘導等の訓練を実施します。

17. 苦情の受付

(1) サービスに関する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応する為に苦情対応窓口を設置し苦情を受け付けた際の事実関係の調査、記録を行うとともに、その結果について利用者及び家族への報告を行うこととします。

(2) 当施設における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

○ 苦情・相談受付窓口

(苦情受付担当者) 支援課長 金田一 雅子

(苦情解決責任者) 施設長 山内 正人

○ 受付時間 毎週月曜日から金曜日(祝祭日を除く)

原則 9時00分から17時00分まで

(3) 行政機関その他苦情受付機関

稚内市生活福祉部長 寿あんしん課	所在地 電話番号 ファックス	稚内市中央3丁目13番15号 0162-23-6458 0162-23-4038
国民健康保険団体連 合会苦情処理委員会	所在地 電話番号 ファックス	札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 011-231-5161 011-233-2178
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号	札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7 011-204-6310

18. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等入居者等の意見を把握する取組	あり	
第三者による評価の実施状況	なし	
実施した年月日	実施した評価機関の名称	当該結果の開示状況
なし	なし	なし

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護・指定介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名 氏 名 印

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、サービス提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者家族 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印