

指定地域密着型介護老人福祉施設重要事項説明書

特別養護老人ホーム ミューズの虹 平塚

R8.8.1 現在

1. 事業の目的と運営方針

介護保険法令の趣旨に従い適正な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(以下「施設サービス」という)サービスを提供することを目的とします。

自立した生活が困難になった入所者に対して、共同生活（ユニット）において、明るく家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入所者が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にすることを目的とします。

また、地域や家族との関係を重視し、都城市、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業の内容

(1) 運営主体(事業者)

法人名	社会福祉法人 報謝会
法人の所在地	宮崎県西諸県郡高原町大字蒲牟田 7348-2
電話番号	0984-42-5001
代表者氏名	理事長 竹井 千代子
設立年月日	平成5年4月7日

(2) 事業所(施設)

事業の種類	指定地域密着型介護老人福祉施設		
事業所名	特別養護老人ホーム ミューズの虹 平塚		
指定番号	4590200087		
所在地	宮崎県都城市平塚町 3033-1		
代表者名	施設長 山元直樹		
電話番号	0986-26-7081	FAX番号	0986-26-7082

(3) 事業所の従業者体制

1 施設長（管理者） 1名

施設業務を統括する。施設長に事故がある時には、あらかじめ理事長が定めた職員が施設長（管理者）の職務を代行する。

2 生活相談員 1名

入所者の入退所、生活相談及び処遇の企画立案、実施に関することに従事する。

3 介護職員 介護職員数は基準配置に準ずる ※1 参照

入所者の日常生活の介護、相談及び援助業務に従事する。

※1 介護職員及び看護職員の総数は、常勤換算法で、入所者の数が3又はその端数

を増すごとに1以上。

- 4 看護職員 1名
医師の診療補助及び医師の指示を受けて、入所者の看護、施設の保健衛生業務に従事する。
- 5 機能訓練指導員 1名
入所者の機能回復に必要な訓練及び指導に従事する。
- 6 介護支援専門員 1名
要介護者からの相談に応じ、その心身の状況に応じて適切な施設サービスができるよう、都城市、介護保険施設等の連絡調整に従事するとともに、入所者の生活相談及び処遇の企画立案、実施に関する業務に従事する。
- 7 医師（嘱託医） 1名
入所者の診療及び施設の保健衛生の管理指導に従事する。
- 8 栄養士 1名
給食管理、入所者の栄養指導に従事する。
- 9 事務員 1名
施設サービスの庶務及び会計事務に従事する。

1日あたりの勤務体制(介護職員)

日中（6:30～22:00）	1ユニットに日中1名以上
夜間（22:00～6:30）	2ユニットに夜間1名以上

(1) 入居定員 3ユニット合計 27名(1ユニット：9名定員)

(2) 設備の概要

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、全室個室です。

単位（平方メートル）

居室・設備の種類	室数	J	室数	Q	室数	K	室数	A(短期入所)
個室	9室	14.56	9室	14.56	9室	14.56	10室	10.92
食堂・リビング	1室	64.80	1室	64.80	1室	64.75	1室	55.46
台所	1室	7.55	1室	7.55	1室	7.55	1室	5.30
浴室	1室	13.00	1室	19.19	1室	19.19	1室	13.00
トイレ	1室	6.50	1室	6.50	1室	6.50	1室	7.05
洗濯室・脱衣場	1室	9.58	1室	9.58	1室	9.58	1室	5.69
リネン室	1室	5.86	1室	5.86	1室	3.64		3.35
スタッフルーム	1室	7.74	1室	7.74	1室	7.74		7.74
食品保管室					1室	4.43		
ふれあいスペース	1棟	56.79						

上記は厚生労働省が定める基準により地域密着型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。（ふれあいホール、食品保管室、倉庫を除く）この施設の利用にあたって、

入所者に特別にご負担（部屋代を除く）頂く必要はありません。

居室の変更については、入所者から居室の変更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。又、入所者の心身の状況により居室の変更をする場合があります。その際は、入所者並びにご家族と協議の上決定するものとします。

3. サービスの内容

- ① 指定地域密着型介護老人福祉施設入所生活者介護計画の立案 ② 食事 ③ 入浴（清拭）
④ 排泄 ⑤ 介護 ⑥ 相談援助サービス ⑦ 行政手続代行 ⑧ その他

※これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

4. 利用料金

（1）利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該施設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。（別紙料金表参照）

（2）その他の費用

居住費、食費の利用料金を設定します。（別紙料金表参照）

（3）利用料金の支払方法

費用は1か月ごとに計算し、翌月10日までにご請求いたしますので、同月の末日までにコンビニ支払にてお支払いただきます。

5. 協力医療機関等

施設は、下記の協力医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用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

- ・名称 久保原田中医院
- ・住所 都城市久保原町 13-3-2

○協力歯科医療機関

- ・名称 土持歯科クリニック
- ・住所 都城市南鷹尾 15-32

◇ 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「緊急連絡先表」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ①入所者は、施設長その他の従事者による指導又は指示に従うとともに、施設内における共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努めること。
- ②入所者は、外出・外泊を希望する場合は、所定の手続きにより施設長に届け出ること。

③入所者は、施設内の整理、整頓その他環境衛生を保持するため、施設に協力すること。

④入所者は、施設が定める遵守事項に従うこと。

7. 非常災害対策

当施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を整えとともに、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防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回利用者及び従事者の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

施設サービス提供時に利用者の病状が急変した場合などには、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。

9. 事故発生時の対応

施設サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市、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。

10. 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る旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

11. 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。

12. 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、その様態及び時間、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。

13. 苦情相談窓口

サービスに関する苦情や相談については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者： 山元 直樹（施設長）

ご利用時間： 月曜～金曜 8：30時 ～ 17：20時

ご利用方法 電話 0986-26-7081

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。

都城市介護保険課	所在地	宮崎県都城市姫城町 6-21
	電話・FAX	電話 0986-23-2114 FAX0986-23-2143
	受付時間	8 時 30 分～17 時 15 分（土日、祝日を除く）
宮崎県 国民健康保険団体連合会	所在地	宮崎県宮崎市下原町 231 番地 1
	電話・FAX	電話 0985-35-5301 FAX 0985-25-0268
	受付時間	8 時 30 分～17 時 15 分（土日、祝日を除く）
宮崎県社会福祉協議会	所在地	宮崎県宮崎市原町 2 - 22
	電話・FAX	電話 0985-22-3145 FAX 0985-27-9003
	受付時間	8 時 30 分～17 時 15 分（土日、祝日を除く）

14. 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。

15. 第三者評価

○第三者評価の実施状況	1 あり	実施日 令和 年 月 日 評価機関名称 結果の開示 1 あり 2 なし
	① なし	

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の開始に当たり、入所者に対し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。

令和 年 月 日

〈事業者〉 宮崎県西諸県郡高原町大字蒲牟田 7348 番地 2
社会福祉法人 報謝会
理 事 長 竹井 千代子

〈事業所〉 宮崎県都城市平塚町 3033-1
指定地域密着型介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム ミューズの虹 平塚

説 明 者

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護について重要な事項の説明を受け同意しました。

〈ご入所者様〉

住 所

氏 名

印

〈代理人及び身元引受人〉

住 所

氏 名

印（続柄 ）

施設利用の注意事項

当事業所のご利用に当たって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

持ち込み品につきましては職員にご相談下さい。

(2) 施設、設備の使用上の注意（契約書第9条参照）

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上が必要であると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当事業所の職員や他の入所者に対し、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出来ません。

(3) 面会について

基本時間（毎日） 9：00 ～ 17：00

※上記以外の時間等に面会を希望される場合、事前に職員までご相談下さい。

尚、施設内・外の感染症や災害等の発生に伴い、面会を一時中止することがございますのでご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます

(4) 事業所内の喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。

(5) 食事が不要の場合は前々日までにお申し出下さい。

★料金表（利用料明細） 特別養護老人ホーム ミューズの虹 平塚

利用料負担金

○居住費 2,066 円…1 日の居室代です。(但し、負担限度額により軽減あり)

○食費 1,545 円…1 日の食事代です。(但し、負担限度額により軽減あり)

特定入所者介護サービス費 負担限度額（1 日あたり）

◎負担軽減を受けるには、市への「介護保険負担限度額認定」の申請が必要です。

◎負担軽減の対象となるためには、下記の要件を満たしている必要があります。

●世帯全員が住民税非課税である事。

※配偶者(内縁関係含む)については、別世帯であっても住民税非課税であること。

●預貯金等が単身で 1,000 万円以下、夫婦で 2,000 万円以下であること。

利用者負担段階		食費・滞在費の限度額	
		食費	滞在費 (ユニット型)
第 1 段階	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者で、世帯全員が住民税非課税の方	300	880
第 2 段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が 82.66 万円以下の方	390	880
第 3 段階①	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が 82.66 万円超 120 万円以下の方	680	1,370
第 3 段階②	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が 120 万円超の方	1,420	1,470
基 準 額	世帯に住民税課税の方がいる場合	1,545	2,066

介護保険負担金（1 日当り）

	1 割負担	2 割負担	3 割負担
●要介護 1	682 円	<1,364 円>	[2,046 円]
●要介護 2	753 円	<1,506 円>	[2,259 円]
●要介護 3	828 円	<1,656 円>	[2,484 円]
●要介護 4	901 円	<1,802 円>	[2,703 円]
●要介護 5	971 円	<1,942 円>	[2,913 円]

加算料金

- ア. 日常生活継続支援加算Ⅱ 46 円〈92 円〉[138 円]
- イ. 科学的介護推進体制加算Ⅰ 40 単位／月〈80 単位〉[120 単位]
- ウ. 夜勤職員配置加算Ⅳイ 61 円〈122 円〉[183 円]
- エ. 初期加算（30 日分を限度とする） 30 円〈60 円〉[90 円]
- オ. 外泊時の費用算定（1 月に 6 日分を限度とする） 246 円〈492 円〉[738 円]
- カ. 外泊期間の居住費（1 月に 6 日分を限度とする）
負担限度額認定証の適用額に準ずる費用額
- キ. 退所時情報連携加算 250 円／1 回〈500 円／1 回〉[750 円／1 回]
- ク. 協力医療機関連携加算Ⅰ 50 円／月〈100 円／月〉[150 円／月]
- ケ. 新興感染症施設療養費（月 1 回連続 5 日間限度） 240 円／日〈480 円／日〉[720 円／日]
- コ. 生産性向上推進体制加算Ⅱ 10 円／月〈20 円／月〉[30 円／月]
- サ. 特別通院送迎加算 594 円／月〈1,188 円／月〉[1,782 円／月]
- シ. 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ 所定の単位数に 1000 分の 176 を加算します。

〈 〉内は、2 割負担、[]内は 3 割負担のご利用者様のサービス利用料金となります。

その他の費用

- ・空床管理費（入院・外泊 7 日目以降） 500 円／日
- ・加湿器使用料（11 月～5 月）※気候の変動により変わる場合あり 500 円／月
- ・電気代（居室内へ設置し使用された場合） テレビ・冷蔵庫等 1 台につき 100 円／日
- ・予め利用者の選択により、外食、注文食、行事食など特別な食事は利用者の負担とします。
- ・利用者の嗜好品購入、行事への参加などの諸費用は自費 ・日用品、電話代、病院受診費、薬代等の自費
- ・サービス提供に関する記録の複写代 1 複写につき 10 円 ・おやつ代として 130 円／日 ・管理費