

重要事項説明書（介護老人福祉施設サービス）

あなたに対する介護療養施設サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令４０号５条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 和生福会
主たる事業所の所在地	和歌山県海南市孟子字波免７０９－１
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 武久 敬洋
電話番号	０７３－４８６－０７８８

２．ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設 緑風苑
施設の所在地	和歌山県海南市孟子字波免７０９－１
介護保険事業者番号	３０７１４００５８８
施設長の氏名	永山 間夕美
電話番号	０７３－４８６－０７８８
ファクシミリ番号	０７３－４８６－０８２２
入所定員	入所 １００名

３．ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
短期入所生活介護 （介護予防）	平成１８年３月１日	３０７１４００５８８	２０名
通所介護 （介護予防）	平成１８年８月１日	３０７１４００６２０	２２名
居宅介護支援	平成２３年１０月１日	３０７１４００９３５	３５名

４．施設の目的と運営の方針

施設の目的	この施設は、寝たきり老人や独居老人を主とし老人の自立を支援し、家庭復帰を促進することを目的とする。
運営の方針	当施設にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を保持し、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行う。

5. 利用対象者

入所：要介護度3以上の認定を受けている方

要介護1・2の認定を受けている方で、やむを得ない事情により居宅において日常生活を営む事が困難な方（以下のア～エの特例入所要件のいずれかに該当する方）

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

イ 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られる。

ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難な状態である。

エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。

6. 施設サービス

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴
- ④ 生活全般の介護サービス
- ⑤ 機能訓練（レクリエーション）
- ⑥ 相談援助サービス

7. 施設の人員配置と勤務体制

	基準人員数
施設長	1名
医師（非常勤）	1名以上
介護支援専門員	1名以上
看護職員	3名以上
介護職員	39名以上
管理栄養士	1名以上
生活相談員	1名以上
機能訓練指導員	1名以上

（令和7年4月1日 現在）

① 管理者【施設長】（1人）

管理者は理事長の命を受け職員を指揮監督して施設の業務を統括し、運営管理に万全を期する。

② 事務員（1名以上）

（イ）一般庶務及び他に属さない事務等

（ロ）会計経理に関すること。

③ 医師（1名以上）

- (イ) 入所者等の病状把握及び診療業務に関すること。
- (ロ) 施設療養全般に関すること。
- (案) 入所者等の健康管理及び療養上の指導に関すること。
- ④ 介護支援専門員（１名以上）
 - (イ) 介護サービス計画の作成に関すること。
 - (ロ) 施設処遇のモニタリングに関すること。
 - (ハ) 家族や地域全般との調整に関すること。
- ⑤ 看護職員・介護職員（４２名以上）
 - (イ) 医師の指導に従い入所者等に必要な医療措置を講ずること。
 - (ロ) 入所者等の保健衛生に関すること。
 - (ハ) 入所者の日常生活介護に関すること。
- ⑥ 機能訓練指導員（１名以上）
 - (イ) 機能訓練に関すること。
- ⑦ 管理栄養士又は栄養士（１名以上）
 - (イ) 給食の献立及び給食記録の作成に関すること。
 - (ロ) 調理及び配膳に関すること。
 - (ハ) 給食に関する事務。
- ⑧ 生活相談員（１名以上）
 - (イ) 療養上の相談に関すること。
 - (ロ) 市町村との連絡調整に関すること。
- ⑨ 調理員（８名以上）
 - (イ) 給食調理及び配膳に関すること。

当施設の看護及び介護職員は必要に応じて下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

早 出	７：３０ ～ １６：００	５～７ 人
日 勤	８：３０ ～ １７：００	６～１１人
遅 出	１０：３０ ～ １９：００	５～７ 人
夜 勤	１６：３０ ～ ９：００	６ 人

8. 利用料について

施設介護サービス費に対する利用料は、厚生労働省の定める基準に従うものとする。（別紙利用料表参照）

9. お支払方法

お支払い方法は、原則として口座引き落としをご利用ください。ご都合により他の支払い方法をご希望の場合は、窓口にて現金もしくは銀行振り込みでお支払いください。

毎月１０日に前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。口座引き落としの場合は、毎月２６日に引き落としになります。

10. 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

- ①当施設の相談員・介護支援専門員により、入所相談を行います。
- ②必要書類（入所申込書、診療情報提供書等）を提出していただきます。
- ③利用者様及びご家族様と面談させていただきます。
- ④当施設の施設長、看護師、介護福祉士、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員で入所判定を行います。
- ⑤後日、相談員・介護支援専門員より入所判定の結果等について連絡させていただきます。
- ⑥当施設への入所にあたり、重要事項の説明に同意を頂いた上で、契約を締結致します。

(2) 退所の手続き

※入所者様からの契約解除

利用者様及びご家族様は、1週間以上の予告期間をもって、当施設に対し、退所の意思表示をすることにより、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

※当施設からの契約解除

当施設は、利用者様及びご家族様に対し、次に掲げる場合には本契約に基づくサービスを解除、終了することができます。

- ①入所者様が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ②要介護1又は2と認定された方で、特例入所要件に該当しなくなった場合
- ③入所者様の病状及び心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切な介護保険施設サービスの提供が困難と判断された場合。
- ④入所者様の行動が、他の入所者の生命または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。
- ⑤入所者様が重大な自傷行為を繰り返す等、十分な介護を尽くしてもこれを防止できないと思われる場合。
- ⑥入所者様が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないと判断した場合。
- ⑦入所者様、ご家族様から法定介護サービス以外のサービスを不当に強要され、実施不能の由を伝えてもなお強要されるような場合。
- ⑧入所者様、ご家族様からサービス担当者が不当なセクハラや暴言、暴行等の干渉を受け、かつ注意により改善されない場合。
- ⑨入所者様が、他の介護保険施設に入所された場合。
- ⑩入所者様が、病院等の医療機関に入院された場合。
- ⑪入所者様が死亡された場合。
- ⑫入所者様及びご家族様が、本契約に定める利用料金を2か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず、7日間以内に支払われない場合。
- ⑬入所者様が、当施設の従業者並びに他の入所者様、又は、当施設の設備並びに備品に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合。

1 1. 施設利用にあたっての留意事項

食事	栄養管理を施した食事を提供致します。 食べ物の持ち込みは、健康管理及び感染予防上、原則禁止とさせていただきます。
面会時間	面会時間は午前7時から午後9時とします。 受付カウンターにある面会簿に必要事項を記入してください。
消灯時間	午後9時とします。
外出・外泊	各階詰所にお申し出下さい。 所定の届出書に記載頂き、許可により外出、外泊をしていただきます。
飲酒	栄養管理上、原則禁止とさせていただきます。
喫煙	健康管理上、原則禁止とさせていただきます。
火気の取り扱い	防火管理上、原則禁止とさせていただきます。
設備、備品の利用	本来の使用法に従ってご利用ください。 これに反した利用により破損等が生じた場合、弁償して頂く場合があります。
所持品・備品等の持ち込み	収納スペースに限りがある為、記名の上、必要最小限でお願いします。
金銭・貴重品管理	原則自己管理をしていただきます。 多額な金銭及び貴重品は所持されないようにお願いします。
営利行為 宗教・政治活動	他の入所者様にご迷惑がおよぶ行為、活動は一切禁止とさせていただきます。

1 2. 身体拘束

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束は行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合、当施設がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するとともにご家族様にその旨を説明し同意を得ます。

利用者等の身体拘束防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

- (1) 身体拘束に対する基本指針の決定
- (2) 定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。
- (3) 多職種による身体拘束防止委員会を定期的に開催する。
- (4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める
- (5) 身体拘束に関する責任者の選定
責任者 施設長 永山間夕美

1 3. 守秘義務の徹底

当施設の職員は、業務上知り得た入所者様又はご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様とします。

ただし、介護保険サービスの為の市町村、居宅介護支援事業者、その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、医療機関への療養状況を提供する場合については、当施設は入所者様及びご家族様から予め同意を得た上で行うこととします。

1 4. 個人情報の提供

次の様な状況の場合に、当施設はその必要とする範囲内の個人情報の提供を行います。

- ①介護保険法令に従い、入所者様のサービス計画に基づくサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議において利用する場合。
- ②入所者様が医療機関を受診する際、当該医療機関に対しての個人情報を提供する場合。
- ③契約終了によって、入所者様を他の施設へ紹介する等の援助を行う際、当該施設に対して個人情報を提供する場合

1 5. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談、お申し出下さい。

受付窓口（担当者）

氏名 前北 泰宏

職名 副施設長

電話番号 073-486-0788

苦情解決責任者

氏名 永山 間夕美

職名 施設長

第三者委員

①氏名 白石 裕美

②氏名 佐竹 光

連絡先 072-263-0825

連絡先 088-612-7862

受付時間 毎週 月 曜日 ～ 金 曜日 8時半 ～ 17時

第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。また、ご意見箱での受け付けもいたしておりますので、ご利用下さい。責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

【公的機関窓口】

○海南市役所 高齢介護課

所在地：〒642-8501 海南市南赤坂1-1 TEL：073-483-8764

○紀美野町総合福祉センター 保健福祉課

所在地：〒640-1121 海草郡紀美野町下佐々1-408-4

TEL：073-489-9960

○紀の川市役所 高齢介護課

所在地：〒649-6492 紀の川市西大井3-38 TEL：0736-77-2511

○和歌山市役所 指導監査課

所在地：〒640-8511 和歌山市七番丁23 TEL：073-435-1319

○和歌山県国民健康保険団体連合会 日赤会館内 介護サービス苦情相談窓口

所在地：〒640-8137 和歌山市吹上2丁目1番22号 TEL：073-427-4662

○和歌山県福祉サービス運営適正化委員会 和歌山ビッグ愛7F 和歌山県社会福祉協議会内

所在地：〒640-8545 和歌山市手平2丁目1の2 TEL：073-435-5527

16. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	① あり	実施日	平成20年5月29日
		評価期間の名称	NPO法人 カロア
		結果の開示	① あり 2 なし
	2 なし		

17. 協力医療機関

施設の名称	医療法人康生会 泉佐野優人会病院
施設の所在地	〒598-0063 大阪府泉佐野市湊4丁目5番17号
診療科目	内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・放射線科 リハビリテーション科
電話番号	072-462-2851
FAX	072-462-1899

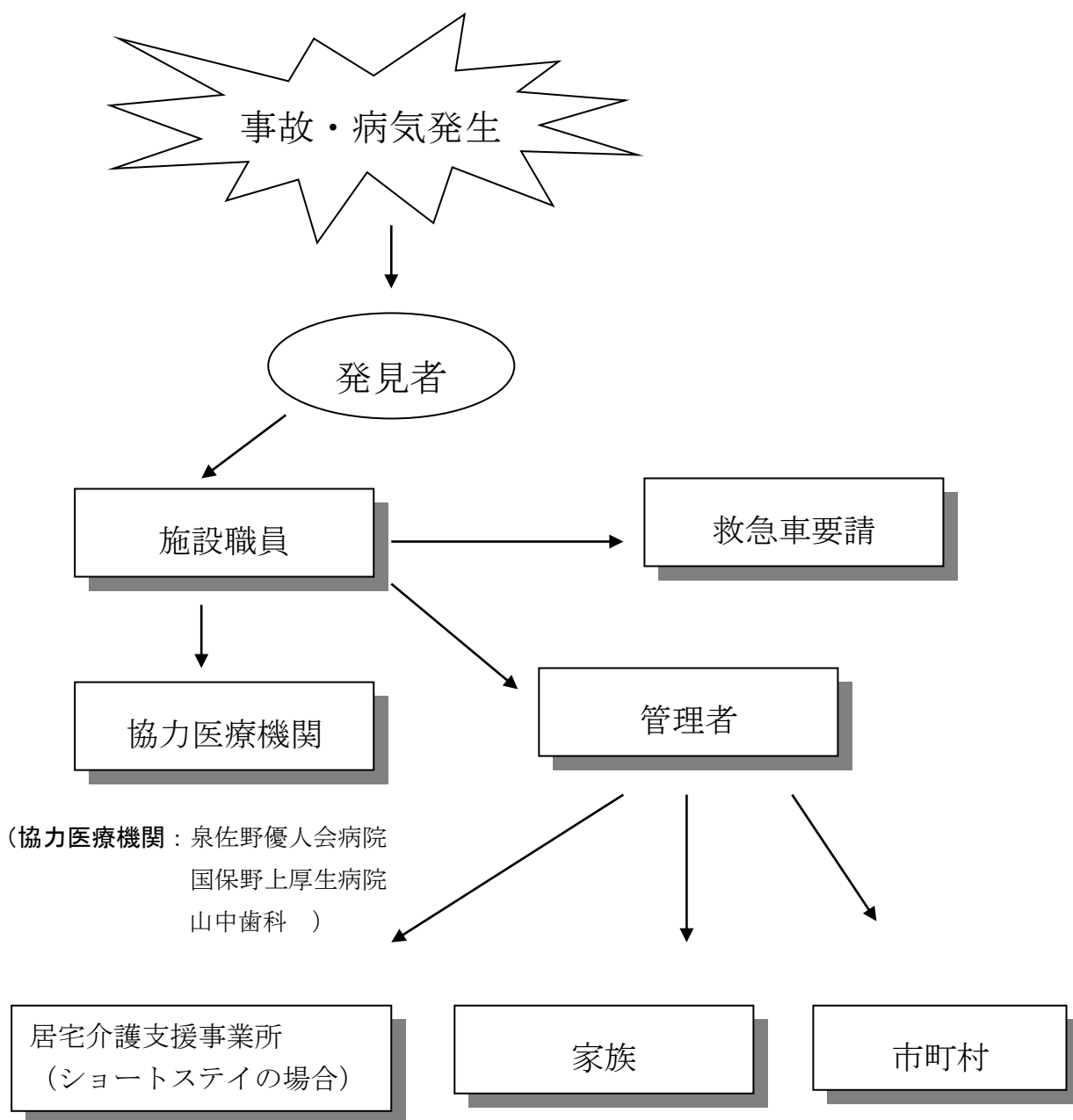
施設の名称	国保野上厚生病院
施設の所在地	〒640-1141 和歌山県海草郡紀美野町小畑198
診療科目	内科・外科・整形外科・婦人科・神経精神科・眼科・ 内視鏡センター・耳鼻咽喉科・泌尿器科・脳神経外科
電話番号	073-489-2178
FAX	073-489-5639

施設の名称	山中歯科
施設の所在地	和歌山県紀の川市貴志川町神戸784
電話番号	0736-64-2379

18. 事故発生時の対応

- (1) 施設は、入所様がサービス利用中に事故（転倒による骨折や飲食中の誤嚥等）が発生した場合、指定された緊急連絡先に事故発生時の経過及び状況説明を行い、直ちに適切な対応を講じます。
- (2) 施設は、速やかに市町村に連絡し、その状況を記録します。
- (3) 施設は、入所様に対する施設サービスの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。

事故発生時の対応



19. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行うと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。(前図参照)

20. 災害発生時の対応

消防計画に基づき対応します。火災及び地震発生時のために、非常災害要因を決め、組織を編成し任務の遂行に当たります。1年に2回防災訓練を実施します。(内1回は夜間を想定) 災害時マニュアルに従い、利用者の安全確保に努めます。また、業務継続計画(BCP)に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施します。

21. 感染症の発生及びまん延等に関する取り組み

感染症の発生及びまん延等防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

- (1) 感染症の発生及びまん延等防止に対する基本指針の決定
- (2) 定期的な研修・訓練を通じて、知識や技術の向上に努める。
- (3) 多職種による感染予防委員会を定期的に開催する。
- (4) まん延時は業務継続計画(BCP)に基づき、業務継続に向けた取り組みを実施する。

22. 高齢者虐待防止について

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る。

- (1) 高齢者虐待に対する基本指針の決定
- (2) 定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。
- (3) 多職種による虐待防止検討委員会を定期的に開催する。
- (4) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、従業者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努める
- (5) サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報する。
- (6) 高齢者虐待に関する責任者の選定
責任者 施設長 永山間夕美

23. ハラスメントについて

セクシャルハラスメントやカスタマーハラスメント等に対応するため、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) ハラスメントに対する事業所としての基本方針の決定
- (2) マニュアル等の作成
- (3) 相談しやすい職場環境づくりと窓口の設置

24. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

担当者氏名 前北 泰宏 職名 副施設長
電話番号 073-486-0788

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 氏名 ）から上記
サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

（利用者）

住 所
氏 名 印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を行いました。

住 所
氏 名 印
署名代行の理由

（利用者の家族等）

住 所
氏 名 印

同意書

私及び家族は、（介護老人福祉施設緑風苑）との介護保険法に基づく施設サービス利用契約書第13条に規定する個人情報保持に関し、（介護老人福祉施設緑風苑）又は他の事業者が私に対して提供する介護サービスがより妥当適切なものとなるよう、契約の有効期間中に限り、（介護老人福祉施設緑風苑）従業者が私及び家族の個人情報をサービス担当者会議等において用いることに同意します。

年 月 日

社会福祉法人 和生福会
介護老人福祉施設 緑風苑
理事長 武久 敬洋 殿

（利用者）住所：_____

氏名：_____ 印

（代理人氏名）住所：_____

氏名：_____ 印

（家族の代表）住所：_____

氏名：_____ 印

(別紙)

利 用 料 介護老人福祉施設 緑風苑

1. 施設サービス費についての利用者負担は下表の通りです。

特養<ユニット型個室>

		利用者負担 (介護報酬の1割)	利用者負担 (介護報酬の2割)	利用者負担 (介護報酬の3割)
要介護度	要介護1	670単位(円)/日	1340円/日	2010円/日
	要介護2	740単位(円)/日	1480円/日	2220円/日
	要介護3	815単位(円)/日	1630円/日	2445円/日
	要介護4	886単位(円)/日	1772円/日	2658円/日
	要介護5	955単位(円)/日	1910円/日	2865円/日
栄養マネジメント強化加算		11単位(円)/日	22円/日	33円/日
個別機能訓練加算Ⅰ		12単位(円)/日	24円/日	36円/日
個別機能訓練加算Ⅱ		20単位(円)/月	40円/月	60円/月
個別機能訓練加算Ⅲ		20単位(円)/月	40円/月	60円/月
日常生活継続支援加算Ⅱ		46単位(円)/日	92円/日	138円/日
看護体制加算Ⅰ		4単位(円)/日	8円/日	12円/日
看護体制加算Ⅱ		8単位(円)/日	16円/日	24円/日
夜勤職員配置加算Ⅳ口		21単位(円)/日	42円/日	63円/日
科学的介護推進体制加算Ⅰ		40単位(円)/月	80円/月	120円/月
科学的介護推進体制加算Ⅱ		50単位(円)/月	100円/月	150円/月
協力医療機関連携加算Ⅰ		50単位(円)/月	100円/月	150円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ		10単位(円)/月	20円/月	30円/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ		5単位(円)/月	10円/月	15円/月
生産性向上推進体制加算Ⅱ		10単位(円)/月	20円/月	20円/月
安全対策体制加算		20単位(円)/月	40円/月	60円/月
初期加算		30単位(円)/日	60円/日	90円/日
療養食加算		6単位(円)/1食	12円/1食	18円/1食
外泊時加算		246単位(円)/日	492円/日	738円/日
口腔衛生管理加算Ⅰ		90単位(円)/月	180円/月	270円/月
口腔衛生管理加算Ⅱ		110単位(円)/月	220円/月	330円/月
褥瘡マネジメント加算Ⅰ		3単位(円)/月	6円/月	9円/月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ		13単位(円)/月	26円/月	39円/月
看護加算Ⅰ	亡くなる31～45日前	72単位(円)/日	144円/日	216円/日
	亡くなる4～30日前	144単位(円)/日	288円/日	432円/日
	亡くなる前日・前々日	680単位(円)/日	1360円/日	2040円/日
	亡くなった日	1280単位(円)/日	2560円/日	3840円/日
排せつ支援加算Ⅰ		10単位(円)/月	20円/月	30円/月
排せつ支援加算Ⅱ		15単位(円)/月	30円/月	45円/月
排せつ支援加算Ⅲ		20単位(円)/月	40円/月	60円/月
経口維持加算Ⅰ		400単位(円)/月	800円/月	1200円/月
経口維持加算Ⅱ		100単位(円)/月	200円/月	300円/月
自立支援促進加算		280単位(円)/月	560円/月	840円/月
ADL維持等加算Ⅰ		30単位(円)/月	60円/月	90円/月
ADL維持等加算Ⅱ		60単位(円)/月	120円/月	180円/月
若年性認知症入所者受入加算		120単位(円)/日	240円/日	360円/日

2. 介護職員処遇改善加算について

* 上記の介護報酬に対し、介護職員等処遇改善加算Ⅰ：所定単位数に14%加算されます。

3. 食費について

1日1650円

負担限度額	
利用者負担第1段階	300円/日
利用者負担第2段階	390円/日
利用者負担第3段階①	650円/日
利用者負担第3段階②	1360円/日

* 負担限度額第1段階・2段階・3段階①・3段階②の方は、介護保険からの補足給付を受けるものとします。

* 食費に関しては、今後の制度改定等に伴い変動するものとします。

4. 居住費について

1日2066円

負担限度額	
利用者負担第1段階	880円/日
利用者負担第2段階	880円/日
利用者負担第3段階①	1370円/日
利用者負担第3段階②	1370円/日

* 負担限度額第1段階・2段階・3段階①・3段階②の方は、介護保険からの補足給付を受けるものとします。

* 居住費に関しては、今後の制度改定等に伴い変動するものとします。

5. 理美容代について

実費

6. 教養娯楽費について

新聞、雑誌、BGM、遠足、誕生日会、イベント、各種レクリエーション等につきましては、当施設では施設側が負担致しますので、利用者のご負担金は必要ありません。

7. 電気代

テレビ	50円/日	冷蔵庫	50円/日
電気毛布	50円/日	ラジオ	10円/日
アンカ	40円/日	ポット	50円/日
扇風機	30円/日	空気清浄機	30円/日

緊 急 連 絡 先

利用 者	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所 (住民票住所地)	〒
	電話	

家 族	フリガナ 氏名	
	続柄	
	住所	〒
	電話	(自宅)
		(携帯)

家 族	フリガナ 氏名	
	続柄	
	住所	〒
	電話	(自宅)
		(携帯)

市・保 険者	市町村名	
	保険者番号	
	住所	〒
	電話	

主 治 医 関 係 者	フリガナ 氏名	
	病院名	
	住所	〒
	電話	