

## 特別養護老人ホーム 花の季苑 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(福岡市指定 第 4071100251 号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護 3～5」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

### ◇◆目次◆◇

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 1. 施設経営法人 .....                   | 1  |
| 2. ご利用施設 .....                    | 2  |
| 3. 居室の概要 .....                    | 2  |
| 4. 職員の配置状況 .....                  | 3  |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金 .....        | 4  |
| 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について） ..... | 9  |
| 7. 残置物引取人 .....                   | 10 |
| 8. 苦情の受付について .....                | 10 |
| 9. 事故発生時の対応 .....                 | 11 |
| 10. 非常災害時対策 .....                 | 12 |

## 1. 施設経営法人

- |           |                           |
|-----------|---------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 徳和会                |
| (2) 法人所在地 | 福岡県福岡市南区和田 4 丁目 1 6 番 1 号 |
| (3) 電話番号  | 0 9 2 - 5 1 2 - 0 6 6 8   |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 村松 和彦                 |
| (5) 設立年月  | 平成 3 年 10 月 18 日          |

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・福岡市 4071100251 号
- (2) 施設の目的 高齢者の健康と生活を守るために「医療と福祉の融合」と「地域との連携」を基本方針として、入所者や地域の方々が求める医療から福祉に至る様々なサービスを総合的に提供する。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 花の季苑
- (4) 施設の所在地 福岡県福岡市南区和田 4 丁目 16 番 1 号
- (5) 電話番号 0 9 2 - 5 1 2 - 0 6 6 8
- (6) 施設長（管理者）氏名 中原 啓智
- (7) 当施設の運営方針 ①人権と自主性を尊重し個別処遇の向上  
②生活の質の向上と快適性の実現  
③地域に開かれた施設として地域交流・地域福祉の向上  
④職員の教育・研修・資質の向上
- (8) 開設年月 平成 4 年 6 月 1 日
- (9) 入所定員 5 0 人

## 3. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

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、原則として 4 人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

| 居室・設備の種類 | 室数    | 備考                             |
|----------|-------|--------------------------------|
| 1 人部屋    | 2 0 室 | 短期入所生活介護と併用（多床室）               |
| 2 人部屋    | 1 室   | 多床室                            |
| 4 人部屋    | 1 2 室 | 多床室                            |
| 合 計      | 3 3 室 |                                |
| 食堂       | 3 室   | 短期入所生活介護と併用                    |
| 機能訓練室    | 1 室   | [主な設置機器]<br>移動式平行棒、下肢屈伸器、肋木運動器 |
| 浴室       | 3 室   | 機械浴・特殊浴槽・一般浴槽                  |
| 医務室      | 1 室   |                                |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

### ☆ 居室の変更

ご契約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、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

## （２）利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居住費

下記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際には、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

|          |           |
|----------|-----------|
| 居住費（多床室） | 1 日 915 円 |
|----------|-----------|

## ４．職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種       | 常勤換算  | 指定基準  |
|----------|-------|-------|
| 施設長（管理者） | 1     | 1 名   |
| 介護職員     | 2 2   | 2 1 名 |
| 生活相談員    | 1     | 1 名   |
| 看護職員     | 3     | 3 名   |
| 機能訓練指導員  | 1     | 1 名   |
| 介護支援専門員  | 1     | 1 名   |
| 医師       | 週 2 回 | 必要数   |
| 栄養士      | 1     | 1 名   |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

| 職種      | 勤 務 体 制                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師      | 週 2 日 10：00～12：00                                                                   |
| 介護職員    | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早出： 6：30～15：30 4 名<br>日勤： 8：30～17：30 7 名<br>遅出：16：30～ 9：00 3 名 |
| 看護職員    | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早朝： 7：30～ 8：30 1 名<br>日中： 8：30～17：30 2 名                       |
| 機能訓練指導員 | 日中： 8：30～17：30                                                                      |

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割（所得等に応じて7割から8割）が介護保険から給付されます。

#### 〈サービスの概要〉

##### ①居室の提供

##### ②食事

当施設では管理栄養士（栄養士）体制のもと多職種の職員が協働して個々のご契約者の心身状態・栄養状態、嗜好などを継続して把握しながら常に適切な栄養ケアマネジメントによる計画に基づいた献立によって食事が提供できるように努めます。できる限り「口から食べること」を維持し基本的な欲求である「食べる楽しみ」を続けることで要介護状態の安定や重度化の予防に寄与し、生涯にわたり尊厳のある生活を失わないよう支援してまいります。又、ご契約者の自立支援のため離床の声かけや介助により各ホールにて食事を取っていただくことを原則としています。

（食事時間）

朝食 7：10以降 昼食 12：00以降  
夕食 17：00以降

##### ③入浴

入浴又は清拭を週2回行います。

寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

##### ④排泄

排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ⑤個別機能訓練

機能訓練指導員を中心に多職種の職員が連携してご契約者個々の心身状況に応じた個別機能訓練計画を作り、計画的に機能訓練を行い加齢や既往症に伴う心身機能の低下や減退を防ぎ、日常生活を営むのに必要な心身機能の維持や安定に努めます。

個別機能訓練実施においては必要に応じて各利用者・ご家族に対し、その計画の内容を説明し、記録の整備を図り、閲覧が行えるようにいたします。

なお個別機能訓練実施についてはすべてのご契約者に対して実施することを原則といたしますが、ご家族のご意見やご契約者の心身の状況等により実施が困難な場合は必要に応じて訓練を見合わせる場合がございます。

##### ⑥健康管理・感染症、食中毒予防

・医師や看護職員が、健康管理を行います。

・施設ではご契約者を感染症や食中毒から守るべく、その予防及び蔓延防止のための対策を検討するため幅広い職種により構成する委員会を設置します。委員会では予防や蔓延防止のための行動規範となる指針を定め、衛生管理の徹底、環境整備、衛生的

なケアの提供、発生時における迅速な対応による感染拡大の防止が行えるよう苑内外での定期的で継続した研修・勉強会を行い、ご契約者が安心して生活できるように努めてまいります。

#### ⑦医療ニーズの高度化や重度化に伴う看護体制の強化

ご契約者の心身機能の衰えや重度化は年月を重ねることで避けられぬものがあり、医療的な処置の検討や対応は増加するものと思われます。これを受け当施設では急変時の対応や、必要に応じた健康上や既往症等の管理が速やかに適切なかたちで行えるように、基準以上の常勤看護師を配置し、毎日の健康管理から嘱託医との連携や多職種との情報共有を図ることで手厚い看護ができるよう目指します。又、看護責任者を定め、24時間の連絡体制を確保し、医療機関との連携を図ってまいります。

#### ⑧生活の質を高め、一人一人に合わせたケアを提供

在苑生活の長期化や重度化による介護度の高い方々の入所状況が続く中、心身共に介護が困難な方々に対して、状態変化の早期発見や日常生活に変化があり潤いのある時間を提供できるよう生活の質を重視します。そのために、介護福祉士を一定割合以上に配置し、日常生活のケアが安心できるよう継続して支援ができるように努めます。

#### ⑨その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床できるよう配慮します。
- ・ご契約者に褥瘡（床ずれ）が発生しないように適切な介護・看護を行うように努め、又、その発生を防止するため褥瘡（床ずれ）が発生する可能性が高いご契約者には事前に対策を講じるなど褥瘡（床ずれ）予防のための体制を整備し指針を策定します。責任者による苑内外での継続的な教育・研修を行い専門知識や介護技能の習得を図ることで日常におけるケアの提供を向上させ褥瘡（床ずれ）発生の予防を向上させます。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

#### ⑩ご契約者の尊厳に十分配慮した終末期の看取り介護について

長い生活の中でいつかは訪れる終末期において、当施設では医師の診断のもと回復の見込みがないと判断された場合、医師及び看護責任者よりご家族に内容や経過等を懇切丁寧にご説明致します。医師は看取り介護の必要性があると判断した場合、看護職員や介護支援専門員を通じ日時を定め、施設において看取り介護についてのご説明を致します。この説明を受けた上でご家族は当施設や自宅で看取り介護を受けられるのか、医療機関に入院されるかの選択をご検討していただくことになります。医療機関への入院を希望される場合、施設は入院に向けた支援を継続的に行います。施設や自宅での看取り介護を希望される場合は医師、看護職員、介護支援専門員、介護職員、栄養士等と協働して看取り介護の計画を作成した上で、随時ご本人やご家族へ説明と同意を得ながら、看取り体制のもと全職員でご契約者が尊厳を持つひとりの人間として安らかな時を迎えられるよう努め、ご契約者、ご家族の支えになれるように身体的・精神的支援に努めます。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞（契約書第 5 条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

| 1.ご契約者の要介護度とサービス利用料金  | 要介護度<br>1<br>7,795 円 | 要介護度<br>2<br>8,631 円 | 要介護度<br>3<br>9,499 円 | 要介護度<br>4<br>10,335 円 | 要介護度<br>5<br>11,160 円 |
|-----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2.うち、介護保険から給付される金額    | 7,015 円              | 7,767 円              | 8,549 円              | 9,301 円               | 10,044 円              |
| 3.サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 780 円                | 864 円                | 950 円                | 1,034 円               | 1,116 円               |
| 4.居室に係る自己負担額          | 915 円                |                      |                      |                       |                       |
| 5.食事に係る標準自己負担額        | 1,445 円              |                      |                      |                       |                       |
| 6.自己負担額合計（3＋4＋5）      | 3,140 円              | 3,224 円              | 3,310 円              | 3,394 円               | 3,476 円               |

☆ 上記の自己負担合計金額（一日当たり）には、それぞれ要介護度に応じての一割負担額と法令に定められたサービス加算〔サービス提供体制強化加算Ⅱ（18単位）、看護体制加算Ⅰ（4単位）、看護体制加算Ⅱ（8単位）、夜勤職員配置加算Ⅰ（13単位）、栄養ケアマネジメント強化加算（11単位）、介護職員等処遇改善加算Ⅰ〕を合算したものを記載しております。

※サービス利用に係る自己負担額は負担割合証に記載されている負担割合になります。

- ☆ 個別機能訓練加算（12単位）については原則、全ご契約者に対し、サービス提供を行うよう指導を受けておりますが、ご契約者やそのご家族の同意を得てからの提供になります。
- ☆ 看取り介護サービス加算は、ご家族又はご本人の同意を得た上で提供されるものです。45日を限度として法令の基準に適合したものについて、当施設は又は自宅でサービスが提供された場合と、他施設や医療機関においてサービスが提供された場合に各々の条件下で自己負担の追加となります。
- ☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。
- ☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきますが、要介護の認定を受けた後、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、ご契約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。
- ☆ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定毎に記載している負担限度額とします。
- ☆ ご契約者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく1日あたりの利用料

金は、下記の通りです。（契約書第 18 条、第 21 条参照）

|                      |         |
|----------------------|---------|
| サービス利用料金 （１）         | 2,570 円 |
| うち、介護保険から給付される金額 （２） | 2,313 円 |
| 自己負担額（１－２）           | 257 円   |

※外出・外泊・入院等で居室を開けておく場合も、１日 915 円の居住費を徴収いたします。

☆ 当施設の居住費・食費の負担額（ショートステイを含む）

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用・ショートステイの居住費・食費の負担が軽減されます。

〔月額概数〕

| 対象者                          |                                                            |                                    | 区分    | 居住費<br>(多床室) | 食費     |
|------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|--------------|--------|
| 市民税非課税<br>(別世帯の配偶者を含む)<br>で、 | 生活保護受給者老齢福祉年金受給者・境界層該当者                                    | 預貯金等の資産が 1000 万円以下、夫婦で 2000 万円以下   | 1 段階  | 0 円          | 1 万円   |
|                              | ・【課税年金収入額+非課税年金収入額+合計所得金額】が年間 80 万円以下の人<br>・境界層該当者         | 預貯金等の資産が単身で 650 万円以下、夫婦で 1650 万円以下 | 2 段階  | 1.1 万円       | 1.2 万円 |
|                              | ・【課税年金収入額+非課税年金収入額+合計所得金額】が年間 80 万円超～120 万円以下の人<br>・境界層該当者 | 預貯金等の資産が単身で 550 万円以下、夫婦で 1650 万円以下 | 3 段階① | 1.1 万円       | 1.2 万円 |
|                              | ・【課税所得年金収入額+非課税年金収入額+合計金額】が 120 万円以上の人<br>・境界層該当者          | 預貯金等の資産が単身で 500 万円以下、夫婦で 1500 万円以下 | 3 段階② | 1.1 万円       | 4.1 万円 |
| 上記以外の方                       |                                                            |                                    | 4 段階  | 2.5 万円       | 4.3 万円 |

※実際の負担額は、日額で設定されます。

## （２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第 4 条、第 5 条参照）

以下のサービスは、介護保険の給付対象とならないため、ご利用の際は、全額がご契約者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ①理髪・美容

当施設へ定期的に来られる訪問理美容をご希望の場合は別途に利用料金（1,000 円）をご負担いただくことになります。

## ②施設・設備

|                           |                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------|
| 電気料（持込電気製品、アンカ、ラジオ、電気毛布等） | 1日につき 50円                                  |
| 充電料（携帯電話、電気シェーバー、タブレット等）  | 1月につき 200円<br>※但し上記電気料が発生する場合には、充電料は頂きません。 |

## ③レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金：材料代等の実費をいただきます。

## ④複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、ご本人依頼で複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

|       |     |
|-------|-----|
| 1枚につき | 10円 |
|-------|-----|

## ⑤契約書第19条に定める所定の料金（居室の明渡しー精算ー）

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金（1日あたり）

| ご契約者の要介護度 | 要介護度1   | 要介護度2   | 要介護度3   | 要介護度4    | 要介護度5    |
|-----------|---------|---------|---------|----------|----------|
| 料 金       | 7,795 円 | 8,631 円 | 9,499 円 | 10,335 円 | 11,160 円 |

## （3）利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、下記のいずれか方法にてお支払いください。

ご指定の口座からの自動振替（翌月27日引落。手数料はご負担いただきます）

当施設指定口座へのお振込み（翌月末までに。手数料はご負担いただきます）

十八親和銀行 塩原支店  
普通預金 口座番号 2656874  
口座名義 社会福祉法人 徳和会  
特別養護老人ホーム 花の季苑  
理事長 村松 和彦

当施設窓口での現金支払い（翌月末までに）

受付時間 9：00～17：30 （土日祝も受付可能）

## （4）入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

#### ①協力医療機関

|         |                     |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | 福岡徳洲会病院             |
| 所在地     | 福岡県春日市須玖北4丁目5番地     |
| 診療科     | 総合診療科目・内科・外科・整形外科 他 |

#### ②協力歯科医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 福岡徳洲会病院         |
| 所在地     | 福岡県春日市須玖北4丁目5番地 |

## 6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、契約書第13条のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第13条参照）

### （1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第14条、第15条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、契約書第14条・第15条の事項に該当する場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

### （2）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第16条参照）

契約書第16条の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

#### 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第18条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

#### ①検査入院等、短期入院の場合

1か月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1日あたり257円）

#### ②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設入所することができます。

#### ③3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

### ＜入院期間中の利用料金＞

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

#### （３）円滑な退所のための援助（契約書第 17 条参照）

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を、ご契約者に対して速やかに行います。

ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険から給付される費用の一部をご負担いただきます。

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| ○退所前訪問相談援助加算 | 4 6 0 単位（4 8 1 円） |
| ○退所後訪問相談援助加算 | 4 6 0 単位（4 8 1 円） |
| ○退所時相談援助加算   | 4 0 0 単位（4 1 8 円） |
| ○退所前連携加算     | 5 0 0 単位（5 2 3 円） |

## 7. 残置物引取人（契約書第 20 条参照）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

又、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

## 8. 相談・苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

社会福祉法第 82 条の規程により、特別養護老人ホーム 花の季苑ではご利用者、ご家族様よりの相談・苦情に適切に対応する体制を整えております。特別養護老人ホーム 花の季苑におけるご相談・苦情については、解決責任者、受付担当者、相談・苦情対応委員会及び第三者委員を置き利用者、ご家族様からの相談・苦情に対応いたします。

#### （１）当施設における相談・苦情の受付

|                                 |                     |        |
|---------------------------------|---------------------|--------|
| ○相談・苦情解決責任者                     | 施設長                 | 中原 啓智  |
| ○相談・苦情受付解決担当者                   | 事務長                 | 山下 憲一郎 |
|                                 | 生活相談員               | 久保 英伸  |
| ○相談・苦情対応委員会                     | 全職種より代表の職員 10 名にて構成 |        |
| 連絡先・・・社会福祉法人 徳和会 特別養護老人ホーム 花の季苑 |                     |        |
| TEL 092-512-0668                |                     |        |

## ○第三者委員

老人ホーム施設長

廣田 一幸

〒814-0143 福岡県福岡市城南区南片江 4 丁目 14-1

(TEL 092-861-3111)

社会福祉法人福岡福祉会常務理事

草場 猛

〒814-0155 福岡県福岡市城南区東油山 499 番地 16

(TEL 092-861-8788)

○受付時間

毎週月曜日～土曜日

8 時 3 0 分～ 1 7 時 3 0 分

## ＜相談・苦情受付の流れ＞

- ・ 相談・苦情がある場合は、受付事務所が窓口となり、電話及び書面などにより随時受付を致します。また、第三者委員へ直接申し出ることもできます。

花の季苑内数箇所に相談箱を設置しておりますので相談箱へ投函しても結構です。

- ・ 受け付けられた相談・苦情は受付担当者が相談・苦情を受付後、解決責任者及び第三者委員へ報告し内容を確認した後、申し出人に対して受付けた旨を通知いたします。
- ・ 解決責任者へ報告された後、解決責任者が相談・苦情対応委員会を招集します。メンバーは、介護支援専門員、生活相談員、介護相談員、看護師、事務員等の全職種から代表された職員 23 名によって構成され、相談・苦情に対して誠意をもって話し合い、適切に解決ができるように努めます。また、相談・苦情申し出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。

第三者の立会いによる話し合いは、次により行います。

ア．相談・苦情内容の確認

イ．解決案の調整、助言

ウ．話し合いの結果や改善事項等の確認

- ・ 第三者委員としては、民生委員・児童委員、税理士、大学教授、監事等の中立、公正な立場にある方が相談・苦情解決にあたります。
- ・ 花の季苑にて解決できない場合は、下記の福岡県社会福祉協議会運営適正化委員会または、国保連合会に申し立てることができます。

## （２）行政機関その他相談・苦情受付機関

|                      |                                                                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 福岡市南区<br>保健福祉センター    | 所在地 福岡市南区塩原 3 丁目 2 5 番 1 号<br>電話番号 0 9 2 - 5 5 9 - 5 1 2 5<br>F A X 0 9 2 - 5 6 2 - 3 8 2 4<br>受付時間 平日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0 |
| 国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 所在地 福岡市東区吉塚本町 1 3 番 4 7 号<br>電話番号・F A X 0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 5 9<br>受付時間 平日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0                             |
| 福岡県社会福祉協議会           | 所在地 春日市原町 3 丁目 1 番 7 号<br>電話番号 0 9 2 - 5 8 4 - 3 5 1 1<br>F A X 0 9 2 - 5 8 4 - 3 7 9 0<br>受付時間 平日 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0     |

## 9. 事故発生の防止と発生時の対応

入所されている皆様が安全に生活できるように事故発生の防止や発生時の対応・再発防止等に向けての指針を策定し、専任の安全対策担当者を中心に幅広い職種で構成する事故発生防止のための委員会を設けます。指針に基づき事故防止及び再発防止に向け必要な知識の普及や啓発のため、定期的な職員教育を苑内外で実施し、安全管理の徹底を図ります。はからずも、事故が発生した場合には直ちに部署長、看護師に連絡。医師の指示に従い迅速に必要な処理を講じ、あわせて、ご家族への連絡を行い状況の説明をさせていただきます。賠償すべき事故が発生した場合には速やかに話し合いの場を設けます。又、その原因を解明すると共に再発防止に向けての対策を講じます。

## 10. 非常災害時対策

施設は、非常防止と入所者の安全を図るため、別に定める防災に関する規程に基づき、常に入所者の安全確保に努めるとともに、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

### ＜災害時の対応＞

別途定める「特別養護老人ホーム花の季苑 消防計画」にのっとり迅速に対応致します。

#### （近隣との協力関係）

福岡市南区自衛消防隊連絡協議会と連絡—情報交換等を行っています。

当苑理事、評議員（地域住民）により、消防計画等を地域住民の皆様へ周知・啓蒙を図っていただいています。

#### （平常時の訓練）

別途定める「特別養護老人ホーム花の季苑 消防計画」にのっとり、毎月定期的に行う職員自主防災訓練や、入所者、在宅利用者の方々に参加していただき年2回所轄消防署指導による日昼、夜間の火災や非常事態を想定した総合防災訓練を実施しています。

#### （防災設備）

|                                           |      |           |   |
|-------------------------------------------|------|-----------|---|
| 避難階段                                      | 3ヶ所  | スプリンクラー設備 | 有 |
| 避難口（非常口）                                  | 11ヶ所 | 自動火災報知設備  | 有 |
| 防火扉、防火シャッター                               | 2ヶ所  | 非常通報装置    | 有 |
| 非常電源設備                                    | 有    | 漏電火災報知器   | 有 |
| 誘動灯及び誘動標識                                 | 18ヶ所 | 避難器具（滑り台） | 有 |
| ガス漏れ報知器                                   | 有    | 屋内消火栓     | 有 |
| カーテン、毛布（寝具等）は不燃性繊維製で防災機能を有しているものを使用しています。 |      |           |   |

#### （消防計画等）

福岡市南消防署への届け出日：令和4年3月1日

防災管理責任者：山下 憲一郎

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 施設の概要

(1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階

(2) 建物の延べ床面積 2,394㎡

#### (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[短期入所生活介護]平成12年3月10日指定 福岡県 4071100251号 定員20名

[通所介護] 平成12年3月6日指定 福岡県 4071100459号 定員標準型50名

平成13年10月1日指定 福岡県 4071100459号 定員標準型65名

平成26年4月2日指定 福岡県 4071100459号 定員標準型40名

平成31年4月1日指定 福岡県 4071100459号 定員標準型20名

[居宅介護支援事業]平成12年2月1日指定 福岡県 4071100335号

#### (4) 施設の周辺環境

当施設は閑静な住宅地の真ん中にあり、日当たりも良好で、生活の場としては恵まれた環境にあります。

### 2. 職員の配置状況

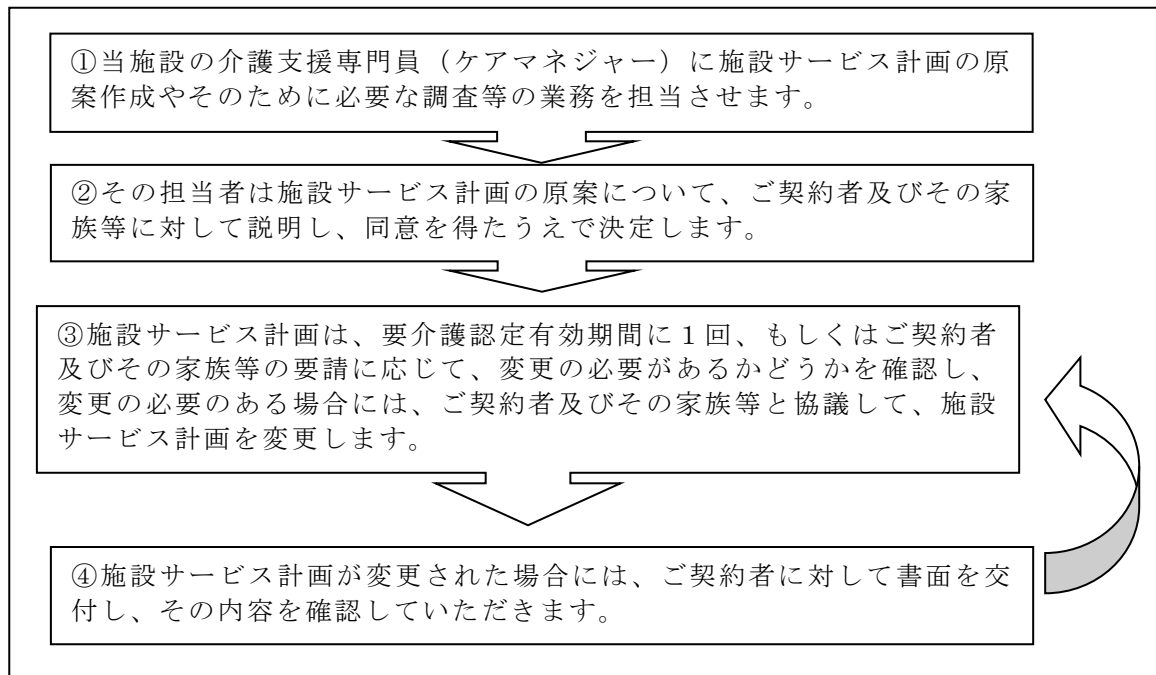
#### ＜配置職員の職種＞

- |          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| ○介護職員    | ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。<br>3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。        |
| ○生活相談員   | ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。<br>1名の生活相談員を配置しています。                        |
| ○看護職員    | 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。<br>3名の看護職員を配置しています。            |
| ○機能訓練指導員 | ご契約者の機能訓練を担当します。<br>1名の機能訓練指導員を配置しています。                                   |
| ○介護支援専門員 | ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。<br>生活相談員が兼ねる場合もあります。<br>1名の介護支援専門員を配置しています。 |
| ○医師      | ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。                                                |

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ（契約書第2条参照）

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。



### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第7条、第8条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ④ご契約者が受けている、要介護認定の有効期間満了日の30日前までに、要介護認定更新の申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

## 5. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、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

入所にあたり、以下のもの以外は原則として持ち込むことができません。

身のまわりの物、上履き

### (2) 面会

面会時間 9：00～19：00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

### (3) 外出・外泊（契約書第 21 条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊（入院）については、1ヶ月の間に開始日より6日間は、1日につき257円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 5（1）に定める「食事に係る自己負担額」は所得に応じて減免されます。

### (5) 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の必要が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できるものとします。また、居室以外のホール及び共有スペース等での事故防止に備え、モニターにて管理・録画を行っています。

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。

○当施設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できません。

### (6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

## 6. 損害賠償について（契約書第 10 条、第 11 条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 7. 日常生活費の受領に係る同意について（契約書第4条1項四号参照）

日常生活費とは、介護給付対象となる利用料とは別に契約者から支払いを受ける事ができるとされる費用です。契約者又は家族の希望により契約者の口座より支払う事を委任された場合、当施設にて支払いを代行いたします。

## 8. 個人情報の保護について

施設サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員との連絡調整において必要な場合にのみ使用させていただきます。

## 9. 緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う際の手続きについて

ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護する為、必要と思われた場合は委員会で検討し、他に方法がない時に限り、ご家族へ内容・目的・理由・時間等を詳細に説明し理解を得たうえで同意書をいただく。又、時間・心身の状況等を詳細に記録する。関連する研修勉強会へ参加し職員の啓発を行います。

## 10. 虐待防止に関する事項

○事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の処置を行います。

- (1) 虐待を防止するための職員に対する研修を実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な処置

○事業者は、サービス提供中に、当該事業者従事者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

○「養介護施設従事者による高齢者虐待に関する行政の苦情相談等窓口」

- ・福岡市 福祉局 高齢者社会部 事業者指導課
- ・〒810-8620 福岡市中央区天神1丁目8番1号
- ・電話：711-4319

## 11. 第三者評価の実施状況について

|               |      |        |              |
|---------------|------|--------|--------------|
| 第三者による評価の実地状況 | 1 あり | 実施日    |              |
|               |      | 評価機関名称 |              |
|               |      | 結果の開示  | 1 あり    2 なし |
|               | 2 なし |        |              |

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者

特別養護老人ホーム 花の季苑

職名 生活相談員 氏 名 久保 英伸 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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住所 氏 名 印

(代筆の場合)

代筆者氏名 印

(本人との関係 )

※この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号（平成 11 年 3 月 31 日）第 4 条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

R6.8