養護老人ホーム　まろにえ
重 要 事 項 説 明 書
（指定（介護予防）特定施設入居者生活介護）

1　事業所説明

（1）事業の目的

社会福祉法人函館共愛会が開設する養護老人ホームまろにえ（以下「事業所」という。）が行う指定（介護予防）特定施設入居者生活介護（以下、「特定施設サービス」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援又は要介護状態にある利用者（以下「利用者」という。）に対し、適正な特定施設サービスを提供することを目的とします。

（2）運営方針

事業所は、特定施設サービスの提供に当って、特定施設サービス計画に基づき、利用者が要支援又は要介護状態になった場合でも、事業所において利用者の有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるようにします。

（3）事業所

①　事業所の名称　社会福祉法人函館共愛会
　　養護老人ホームまろにえ
②　事業所の所在地　北海道函館市西旭岡町３丁目239番地2
③　電話番号　0138－84－6645
④　FAX 番号　0138－50－5535

（4）事業所と併せて実施する事業

養護老人ホーム（平成22年3月31日指定　定員120人）

（5）施設の概要

①　敷地及び建物（養護老人ホームと共用）
　一　敷　　地　　9，000㎡
　二　建物構造　　鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築）
　三　延べ床面積　5,251，49㎡
　四　利用定員　　120名
②　居室（静養室は養護老人ホームと共用）
　一　個室（全室個室　面積13．54㎡）
　二　静養室（1室　　面積13．39㎡）
③　その他主な設備（養護老人ホームと共用）

一　食堂（4室　1室あたり面積96．92㎡）
二　集会室兼機能訓練室（1室　　面積91．25㎡）
三　一般浴室（2室　1室あたり面積45㎡　個浴1槽含む）
四　リフト浴槽（2槽）
五　機械浴槽（１槽）
六　便所（16箇所　車いす専用4箇所含む）
七　医務室（1室）

（6）職員の職種、員数

職員の職種及び員数は、次のとおりとします。

①　管理者　　1人（常勤・兼務）
②　生活相談員　　１人以上（常勤）
③　介護職員　　１７人以上（常勤・兼務）
④　看護職員　　２人（常勤・兼務）
⑤　計画作成担当者　　1人（常勤）
⑥　機能訓練指導員　　2人（看護職員兼務）

前項各号に掲げる職員の職務の内容は、次のとおりとします。

①　管理者

事業所の職員及び業務の管理を一元的におこないます。

②　生活相談員

利用者及びその家族への生活相談に対応するとともに、必要な助言その他の援助を行います。

③　介護職員

利用者の自立の支援及び日常生活の充実のための全般にわたる介護を行います。

④　看護職員

利用者の日常の健康管理及び必要な処置、看護を行います。

⑤　計画作成担当者

特定施設サービス計画の作成を行います。

⑥　機能訓練指導員

利用者が日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための訓練を行います。

（7）職員の勤務体制

①　管理者　　通常の勤務時間帯　（8：30～17：30）
②　生活相談員
早番（8：00～17：30）　　日勤（8：30～17：30）
遅番（9：30～18：30）

③　介護職員

早番①（7：00～16：00）　早番②（7：30～16：30）
日勤①（8：30～17：30）　日勤②（9：00～18：00）
遅番（10：00～19：00）　夜勤（16：00～10：00）

④　看護職員

日勤（8：30～17：30）　遅番①（9：30～18：30）
遅番②（10：00～19：00）　遅番③（10：30～19：30）

⑤　計画作成担当者

早番（8：00～17：30）　日勤（8：30～17：30）
遅番（9：30～18：30）

⑥　機能訓練指導員

日勤（8：30～17：30）　遅番①（9：30～18：30）
遅番②（10：00～19：00）　遅番③（10：30～19：30）

2　サービス内容

（1）基本方針

①　特定施設サービス計画書に基づき、入浴、排泄、食事などの介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事により、要介護状態となった場合でも、利用者が当施設でその有する能力に応じた日常生活を営むことができるよう支援します。

②　安定的かつ継続的な事業運営に努めます。

（2）　設備の使用、手続き及び介護サービス等

次の事項などのほか、入居に関する契約書の規定によりますのでご参照ください。

①　居室

当施設の居室は全室個室です。入居後、利用者の状況に応じて居室変更をする場合があります。

②　居室移動に関する事項

ア　利用者は、原則として、利用開始時に提供された居室を使用するものとします。ただし、適切に介護サービスを受けることが困難な場合であって、次の各号に定める場合には、事業所に利用していない居室がある場合に限り、利用者の希望により居室を移動することができます。

一　日照、採光などの環境が、より適切なサービス提供をする合理的な理由があるとき

二　現に利用している居室の設備等が、より適切なサービス提供をするうえで著しい支障があるとき

三　より適切なサービス提供するうえで、他の利用者との関係が日常生活を送るうえで著しい支障があるとき

四　その他既に利用している居室がより適切なサービス提供するため、利用者の日常生活上に著しい支障があるとき

イ　事業所は、特定施設サービスの提供に著しい支障があると認めるときは、事業所の管理者は、利用者の同意を得て、居室を移動させることができます。

ウ　事業所が利用者の居室を移動させる場合は、その理由を付した書面を交付し、必ず利用者の同意を得ます。

エ　居室移動をした利用者は、移動する前に使用していた居室を入居前の現状に復していただきます。壁紙などの破損やその他修繕に要する費用は利用者が故意又は過失によって財物を傷付けた場合、利用者の負担とします。

③　食事（配膳時間）

朝食　　午前7時30分

昼食　　午後00時00分

夕食　　午後5時30分

・食事は利用者の摂取状況に合わせて提供します。

・医師の指示がある場合は状況に合わせた食事の提供を行います。

※食事介助は、原則として、特定施設サービス計画に沿って対応します。従業者へ相談してください。

④　入浴介助は、原則として、特定施設サービス計画に沿って対応します。従業者へ相談してください。

⑤　その他日常生活上の更衣、排泄、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等の介護は特定施設サービス計画に沿って介護を行います。

⑥　機能訓練

日常生活動作の維持又は向上を日頃の生活の中で実施します。必要に応じて、特定施設サービス計画に沿って対応します。従業者へ相談してください。

⑦　健康管理

ご利用開始後、健康状態を把握するため、協力病院において健康診断をいたします。なお、嘱託医以外への外来受診は原則として、ご本人もしくはご家族の協力で実施していただきます。（介添えが必要な場合にはご相談下さい。医療機関の送迎で費用がかかる場合があります。）

（3）　その他のサービス

① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、実費負担にてご利用いただけます。ご希望の方は申し出下さい。

② 余暇活動

各種余暇活動を行っております。（書道、カラオケ、手芸、茶道、園芸）

③ レクリエーション

年間を通して利用者の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかる場合があります。

④ 買い物

業者により嗜好品の販売を行っていますので、ご希望の方は実費負担にてご利用頂けます。

３ 利用料金

（1）保険が適用される基本料金

（法定代理受領により基本サービス基準額の介護保険負担割合証に応じた額をご負担いただきます）

（ア）特定施設入居者生活介護費

介護度（単位）	一日当りの料金 介護保険10割	１割負担者	２割負担者
要支援１（183単位）	1,830円	183円	366円
要支援２（313単位）	3,130円	313円	626円
要介護１（542単位）	5,420円	542円	1,084円
要介護２（609単位）	6.090円	609円	1,218円
要介護３（679単位）	6,790円	679円	1,358円
要介護４（744単位）	7.440円	744円	1,488円
要介護５（813単位）	8,130円	813円	1,626円

（イ）サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

一日当たりの料金（介護保険10割） 10単位：220円

一日当たりの利用者負担額 1割負担者：22円 2割負担者：44円

（算定要件）以下のいずれかに該当すること。

① 介護職員の総数のうち，介護福祉士70%以上

②介護職員の総数のうち，勤続10年以上介護福祉士25%以上

※上記に加え、サービスの質の向上に資する取組を実施していること

（ウ）退居時情報提供加算

内容）医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して利用者等

を紹介する際、利用者等の同意を得て、当該利用者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等１人につき１回に限り算定する。

一回当たりの料金（介護保険10割）　250単位：250円

一回当たりの利用者負担額　　1割負担者：25円　　2割負担者：50円

（エ）新興感染症等施設療養費

内容）厚労省が定める感染症のパンデミック発生時に、感染対策や医療機関との連携体制を確保して施設内で療養を行った際に加算される。加算はパンデミック発生時に必要に応じて指定され、月１回で連続する５日を限度とする。

一日当たりの料金（介護保険10割）　240単位：2,400円

一日当たりの利用者負担額　　1割負担者：240円　　2割負担者：480円

（オ）介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）

内容）介護職員等の処遇改善を目的とする

一カ月の介護保険サービス費の合計　加算：介護サービス費の合計の15.9%

（カ）高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

内容）診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、３年に１回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている。

一カ月当たりの料金（介護保険10割）　　5単位：50円

一カ月当たりの利用者負担額　1割負担者：5円　　2割負担者：10円

（キ）協力医療機関連携加算

内容）協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、利用者等の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催することを評価する。

一カ月当たりの料金（介護保険10割）　100単位：1,000円

一カ月当たりの利用者負担額　　1割負担者：100円　　２割負担者：200円

（ク）生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

内容）ICT 機器の活用による業務効率化と、介護サービスの質の向上を両立させることを目的とする。

一カ月当たりの料金（介護保険10割）　10単位：100円

一カ月当たりの利用者負担額　　1割負担者：10円　　２割負担者：20円

※介護保険の給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせてご契約の負担額を変更させていただきます。

（２）その他自己負担となるもの

（ア）事務管理費（預金・小口現金の管理、年金等収入の管理、諸々費用の支払等に係る出納管理費）　300円／月

（イ）協力病院以外で、遠方の医療機関への通院に要する費用

（ウ）その他（都度お支払いただく実費）

・理美容代

・日常生活上必要に応じて生じたサービス

・趣味、嗜好により生じた費用

・私事による外出の際の交通費

（３）支払方法

利用者は、当月請求額を毎翌月末までにお支払いいただきます。（金融機関が休日の場合は翌営業日となります）。

４　苦情相談窓口及び高齢者の虐待に関わる連絡先

（１）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。

苦情受付担当者：　前田麻莉子（相談係長）

苦情解決責任者：　宇野　郁子（施設長）

ご利用時間　　：　月～金曜日　　午前8時30分～午後5時30分

ご利用方法　　：　電　話：0138-84-6645

ＦＡＸ：0138-50-5535

メール：maronie2@hotweb.or.jp

（２）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。

北海道国民健康保険団体連合会　総務部介護・障害者支援課

住　所：札幌市中央区南２条西14丁目

電　話：011-231-5175

ＦＡＸ：011-233-2178

（３）苦情処理第三者委員

利用者に提供したサービスに関する苦情に迅速かつ適切に対応するために、当事業所では苦情を受け付けるための相談窓口を設置しています。

①阿知波　健一　　電　話：0138-23-2226（勤務先）

②松田　賢一　　電　話：070-4385-5041（携帯電話）

（４）高齢者の虐待に係る連絡先

①養護者による高齢者虐待：函館市高齢福祉課　相談支援担当

電話：0138-21-3025

②要介護施設従事者等による高齢者虐待：函館市指導監査課　高齢者担当
電話：0138-21-3926
0138-21-3927
0138-21-3923

5　協力医療機関

・共愛会病院（内科・外科・整形外科等）
函館市中島町７番 21 号　　0138－51－2111
・吉田眼科病院
函館市本通２丁目 31－８　　0138－53－8311
・辻歯科医院
函館市五稜郭町 22 番 11 号　0138－56－3333
・やなせ皮フ科クリニック
函館市大手町２番３号　　0138－22－7788

6　非常災害時の対策

①　火災等の災害時は別途定める「養護老人ホームまろにえ　消防計画」に則り対応いたします。その際、西旭岡町内会と非常時の応援を約束しています。
②　別途定める「養護老人ホームまろにえ　消防計画」に則り、夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者も参加して年２回実施いたします。
③　防災設備（養護老人ホームと共通）
一　スプリンクラーあり
二　自動火災報知あり
三　非常通報装置あり
四　屋内消火栓あり
五　漏電火災報知器あり
六　非常用電源あり
七　誘導灯　39 個所
※カーテン、ベットパット・シーツ等は防炎機能のあるものを使用しております。

7　事故発生時の対応方法

①　利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに行政及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
②　利用者に対する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。
③　利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、事故の状況や事故に際してとった処置について記録します。

④　事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

8　虐待の防止

事業所は、利用者の人権擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

①　虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。

②　虐待発生又はその再発を防止するための指針を整備します。

③　職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

④　上記措置を適切に実施するための責任者を定め、担当者を設置します。

9　身体的拘束等の禁止

事業所はサービス提供に当たり、身体的拘束その他の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。また、身体拘束廃止を検討する委員会を設置し、身体拘束廃止に関する指針の作成、身体拘束廃止のための研修を定期的に開催します。但し、利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合、次の手続きにより身体拘束等を行います。

①　身体拘束等を行う場合には、その態度及び時間、その際の利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由を記録し、５年間保存します。

②　利用者またはその家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

10　カスタマーハラスメントへの対応

事業所は、利用者又はその家族等からの言動等のうち、社会通念上不相当なものであって、職員等の就業環境が害される行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員等の安全及び尊厳を確保し、適切なサービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとします。

（１）前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に揚げる行為を含むものとします。（※以下は例示であり、これらに限られるものではありません）

①暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言

②業務の範囲を超える過度な要求又は不当な要求

③合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望又はクレーム

④その他、職員の就業環境を著しく害する行為

（２）施設は、法人が定める「カスタマーハラスメントに対する基本方針」に基づき職員が安心して相談できる相談体制の整備及び職員研修等を行うとともに、必要に

応じて法人本部、警察・弁護士等関係機関等と連携しながら対応するものとします。

（３）施設は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名の職員による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じ利用者個々の特性に配慮し適切な対応を講ずるものとします。

（４）施設は、カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがあります。

（５）施設は、カスタマーハラスメントを受けた職員等に対し、心身のケアを最優先するなど適切な対応に努めるものとします。

10　当施設ご利用の際に留意いただく事項

①　来訪者は、面会時間（原則として８：00～17：30）を遵守し、必ず事務所に備え付けの面会カードに記入したうえ、その都度職員に届け出てください。
②　外泊・外出の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出てください。
③　医療機関への受診については、身体の状況によって、緊急の対応として主治医以外の救急指定病院になることもあります。
④　施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
⑤　喫煙は、施設内及び施設の敷地内での喫煙（加熱式たばこを含む）は禁止となります。
⑥　騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。

11　禁止行為

利用者は、事業所で次の行為をしてはなりません。

①　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自由を侵すこと。
②　けんか、口論、泥酔などで他の利用者等に迷惑を及ぼすこと。
③　事業所の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
④　指定した場所以外で火気を用いること。
⑤　故意に事業所もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。
⑥　従業者又は他の入所者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと。
⑦　従業者及び他の入所者に対する身体的・精神的暴力。

12　第三者評価の実施状況

①　第三者評価の実施　　無

②　自己評価　　有

当事業所の指定（介護予防）特定施設入居者生活介護にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業所名　　社会福祉法人函館共愛会
指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所まろにえ

説明者職氏名　　生活相談員　小　崎　梨　菜　　㊞

以上の契約を証するため、本書２通を作成し、契約者、事業者が記名捺印の上各１通を保有するものとします。

事業所名　　社会福祉法人函館共愛会
指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所まろにえ

代表者職氏名　　施設長　　宇　野　郁　子　　㊞

私は、契約書並及び本書面により、事業所重要事項の説明を受け、指定（介護予防）特定施設入居者生活介護サービス提供開始について同意しました。

令和　　年　　月　　日

契約者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

署名代行人　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄　　）

署名代行人住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行の理由（・高齢で、署名・理解が困難であるため　・身体の障害のため）

身元引受人　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（続柄　　）

身元引受人住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿