

藤 苑 重 要 事 項 説 明 書

施設は介護保険の指定を受けています。
(北海道指定 第0170200083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。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人
2. ご利用施設
3. 居室の概要
4. 職員の配置状況
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）
7. 事故発生時の対応について
8. 感染症対策体制の徹底
9. 個人情報の取扱いについて
10. 身元引受人
11. 連帯保証人
12. 苦情の受付について

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|----------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 伏古福祉会 |
| (2) 法人所在地 | 北海道札幌市東区伏古7条3丁目1番33号 |
| (3) 電話番号 | 011-781-2400 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 後 藤 規 好 |
| (5) 設立年月 | 平成 4年 4月 1日 |

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成 4年 4月 1日指定
北海道0170200083号
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、契約者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 藤苑
- (4) 施設の所在地 北海道札幌市東区伏古7条3丁目1番33号
- (5) 電話番号 011-781-2400
- (6) 施設長(管理者)氏名 岸 田 喜 幸
- (7) 当施設の運営方針 介護保険法令のもと、介護の専門性をより明確なものとして実践し、さらなる研鑽と積極的な対応を行う。また、より良い介護が実践できるよう、ホームの安定的な運営確保のため、福祉施設経営の方法論を構築する。さらに、直接処遇に携わる職員のみではなく全職員が、その立場で利用者の人格の尊重、明るく生きがいのある豊かな生活、そして尊敬しうる環境作りに全知全能を提供実践し、日常的に知識と技術の習得に努力する。適格性ある職員たるべく、一人一人が自覚をもって資質の向上に努めて、地域に信頼される施設、地域に必要とされる施設となるよう充実発展に努める。
- (8) 開設年月 平成4年4月1日
- (9) 入所定員 80人

3. 居室の概要

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
個室（1人部屋）	4室	
2人部屋	15室	
4人部屋	14室	
合計	34室	
食堂	4室	
機能訓練室	1室	[主な設置機器] 平行棒・肋木・輪転器
浴室	3室	一般浴・機械浴・特殊浴槽
医務室	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必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や他入所者の終末期ケア(ターミナルケア)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。

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。

従業者の職種	区 分	
	常 勤	非 常 勤
施設長	1名	
生活相談員	2名	
介護職員	30名	5名
看護職員	4名	
機能訓練指導員		1名
介護支援専門員	1名	
医師		1名
管理栄養士	1名	
調理員	8名	

〈主な職種の勤務体制〉

従業者の職種	勤務体制
施設長	8：45～17：15
生活相談員	9：00～17：30
介護職員	早番 6：30～15：30 日勤 9：15～18：15 遅番 10：15～19：15 夜勤 17：00～ 9：30
看護職員	早番 7：30～16：00 遅番 10：30～19：00
機能訓練指導職員	週1～2日 勤務時間は職員の都合により異なります
介護支援専門員	9：00～17：30
医師	週2回 勤務時間は医師の都合により異なります
管理栄養士	8：45～17：15
調理員	早番 6：00～15：00 日勤1 6：30～15：30 日勤2 8：00～17：00 遅番 10：15～19：15

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。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(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、利用料金の大部分 (通常9割) が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①食事

- ・ 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食： 7：45～ 8：45

昼食： 12：15～13：15

夕食： 18：00～19：00

②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。
- ・ 同性介助ができない場合もあります。

③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。
- ・ 同性介助ができない場合もあります。

④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員等により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・ 寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・ 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。

⑦サービスの質の確保

- ・ 感染症管理体制の強化
- ・ 介護事故に対する安全管理体制の強化
- ・ 身体拘束廃止に向けた取組みの強化

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第5条参照）

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）をお支払いください。また、「居住費」及び「食費」については、介護保険負担限度額の認定を受けている入所者の場合、その認定証に記載された金額をお支払いください。

サービス利用料金（円/日）自己負担分【個室・多床室共通】

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1割負担	597円	668円	742円	813円	883円
2割負担	1,194円	1,336円	1,484円	1,626円	1,766円
3割負担	1,791円	2,004円	2,226円	2,439円	2,649円

加算 (円/日)

- ・日常生活継続支援加算・・・36円
- ・科学的介護推進体制加算Ⅱ・・・50円
- ・栄養ケアマネジメント強化加算・・・11円
- ・看護体制加算・・・8円
- ・認知症専門ケア加算・・・4円(認知症日常生活自立度Ⅲ以上)
- ・初期加算(入所から30日間)・・・30円
- ・外泊時費用(入院・外泊時月6日まで)・・・249円
- ・看取り介護加算(1)死亡日以前31日以上45日以下・・・73円
- ・看取り介護加算(2)死亡日以前4日以上30日以下・・・146円
- ・看取り介護加算(3)死亡日以前2日又は3日・・・689円
- ・看取り介護加算(4)死亡日・・・1,297円
- ・褥瘡マネジメント加算Ⅰ・・・3円(円/月)
- ・褥瘡マネジメント加算Ⅱ・・・13円(円/月)
- ・排せつ支援加算・・・101円(円/月)対象者・対象月のみ
- ・安全対策体制加算・・・20円 入所した月のみ
- ・処遇改善加算Ⅰ・・・合計単位数の14.0%を加算

居住費(円/日)

	利用者負担額(1日あたり)			
	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階	利用者負担 第4段階以上
多床室	0	430	430	915
従来型個室	380	480	880	1,231

食費(円/日)

	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階A	利用者負担 第3段階B	第4段階 以上
利用者負担額	300	390	650	1,360	1,445

☆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いったんお支払いいただきます。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。

☆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、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、下記の通りです。（契約書第18条、第21条参照）

1. 自己負担額（1－2）	249円
2. 居住費	介護保険負担限度額認定証に記載された金額

（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、利用料金の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特別な食事（酒を含みます。）

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

②理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、）をご利用いただけます。

利用料金：男性・2300円

女性・調髪・2500円

顔剃・500円

両方・3000円

[美容サービス]

不定期で美容師の出張による美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：カット2500円 パーマ5500円～ 毛染め4200円～

③貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：契約者名義の預金通帳

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

○利用料金：1200円／1月

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、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その他

行事参加費用・バス代： 実費

レクリエーション・活動： 実費

⑥契約書第19条に定める所定の料金

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

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
負担額	5,972円	6,682円	7,422円	8,132円	8,831円

⑦残置物の引き取りが困難な場合の処分に係わる費用

大型ごみ・リサイクル家電： 実費

その他のゴミ（衣類等）： 2000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、ご請求しますので、翌月27日に金融機関口座からの自動引き落としにて支払いをしていただきます。（1か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とします。）

ご利用できる金融機関：郵便局、北洋銀行、その他

(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。）

(5) 施設での終末期ケア(ターミナルケア)について

医師が終末期にあると、判断した契約者について、本人又は身元引受人が事業所での看取りを希望され、契約者又は家族が医師の説明に同意を結んだのを受け、終末期ケア(ターミナルケア)を行います。

施設は、『藤苑看取りに関する指針』により、看取り介護計画を作成し、契約者が、施設で終末を迎えることが出来るように介護を行います。又、「看取り介護」に対する協力病院につきましては、勤医協中央病院より、協力の同意をいただいております。

当施設における医療協力病院一覧

医療機関の名称	勤医協中央病院
所在地	札幌市東区東苗穂5条1丁目9番1号
診療科	内科、外科、整形外科、救急外来、その他

医療機関の名称	札幌東徳洲会病院
所在地	札幌市東区北33条東13丁目3-21
診療科	内科、循環器科、消化器科、外科、その他

医療機関の名称	東苗穂病院
所在地	札幌市東区東苗穂3条1丁目2-18
診療科	内科、消化器科、循環器科、その他

医療機関の名称	北新病院
所在地	札幌市東区北8条東4丁目1-5
診療科	整形外科、リハビリテーション科

医療機関の名称	禎心会病院
所在地	札幌市東区北33条東1丁目3-1
診療科	脳神経外科

医療機関の名称	勤医協札幌ふしこ歯科診療所
所在地	札幌市東区伏古10条3丁目2番1号
診療科	歯科

医療機関の名称	小林皮膚科クリニック
所在地	札幌市北区北7条西4丁目宮澤鋼業ビル2階
診療科	皮膚科

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、以下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となります。（契約書第 13 条参照）

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業所から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（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、ご契約者から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、以下の場合には、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。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

(2) 事業所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）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合④ ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合 |
|--|

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、6日以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、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。

②7日間以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない場合には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

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。

(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、事業所は

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。

- | |
|---|
| ○適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
○居宅介護支援事業者の紹介
○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |
|---|

7. 事故発生時の対応について

施設内において、入所者の予期せぬ事故が発生したときは、次のとおり迅速適切な対応により円滑かつ円満な解決につとめます。

(1) 入所者及び契約者への対応

①最善の処置

介護事故が発生した場合、まず入所者に対して可能な限りの緊急処置を行なうとともに、引き続き看護職員を呼び最善の処置を行ないます。

②管理者への報告

速やかに管理者へ報告するとともに、事業所で対応できない場合には嘱託医の指示で協力医療機関へ移送します。

③入所者及び契約者への説明

処置が一段落すれば、できるだけ速やかに入所者や契約者等に誠意をもって説明し、申し出についても誠実に対応します。

④入所者及び契約者への損害賠償

介護事故により事業所が賠償責任を負った場合は、誠意を持って入所者又は契約者に対して補償します。

⑤事故記録と報告

入所者への処置が完了した後、速やかに介護事故報告書を作成し再発防止対策につとめます。

(2) 行政機関への報告

重大な介護事故や死亡事故など重大な事態が発生した場合は、速やかに関係機関へ報告します。

8. 感染症対策体制の徹底

施設において感染症または食中毒が発生し、又はまん延しないように、次による措置を講じます。

(1)施設内における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策検討する委員会を1月に1回程度、定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。

(2)施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延を防止のためのマニュアルを整備し、感染症対策についての研修を定期的を実施します。

9. 個人情報の取扱いについて

介護保険制度におけるサービス利用において、円滑にサービス提供をさせていただくために、入所者及び入所者家族の個人情報を共有し、サービス利用上にて、ご入所者の日常的な生活における援助を不備なく提供させていただきたいと思っております。

また、関係する機関以外には、個人情報が漏れないよう、管理面においても保管場所を設定し、施設対応のうえ秘密保持を厳守することを誓います。

【個人情報を使用させていただく範囲について】

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">施設内での介護、看護、栄養管理サービスの提供行政機関への申請、照会（社会福祉法人等利用者負担減額申請など）居宅介護支援事業所との連携審査支払機関への請求関連ご家族へ心身の状況説明 | <ul style="list-style-type: none">緊急による通院、入院時の情報提供審査支払機関、保険者からの紹介への回答会計、経理、お便り |
|---|--|

10. 身元引受人（契約書第20条第22条参照）

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、「身元引受人」を定めていただきます。当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。また、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。

11. 連帯保証人（契約書第23条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額100万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

12. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

【職名】 相談課長 鈴木 健

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

9：00～17：00

（2）苦情処理体制



（3）行政機関その他苦情受付機関

札幌市・東区役所 保健福祉サービス課	所在地：札幌市東区北11条東7丁目 電話番号：011-741-2400 受付時間：9：00～17：15
国民健康保険団体連 合会	所在地：札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号：011-231-5161 受付時間：9：00～17：00
札幌市社会福祉協議 会	所在地：札幌市中央区大通り西19丁目 電話番号：011-632-0550 受付時間：9：00～17：00

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。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 藤苑

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業所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及び個人情報の使用に同意しました。

入所者 住所

氏名 印

身元引受人 住所

氏名 印
(続柄)

連帯保証人 住所

氏名 印
(続柄)