

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 白東苑

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。

第 0475400214 号

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 仙台ビーナス会
- (2) 法人所在地 宮城県仙台市太白区四郎丸字大宮 26-3
- (3) 電話番号 (代) 022-241-5990
- (4) 代表者氏名 理事長 齋藤 信子
- (5) 設立年月日 平成 7 年 7 月 19 日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類
指定介護老人福祉施設／平成 12 年 4 月 1 日指定
第 0475400214 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、入居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出来るように支援することを目的として、入居者に、日常生活を営む為に必要な居室及び共有施設等をご利用頂き、介護福祉サービスを提供致します。
- (3) 施設 の 名 称 特別養護老人ホーム 白東苑
- (4) 施設 の 所 在 地 宮城県仙台市太白区四郎丸字大宮 26-3
- (5) 電 話 番 号 (代) 022-241-5990
- (6) 施 設 長 氏 名 最上啓史
- (7) 運営方針
入居者一人ひとりの自主性を尊重し、なるべく集団管理主義にならないよう自由な生活を保障し、専門的なサービスを提供する事を基本とし、次の方針で運営する。
 - ①介護サービス計画に基づき可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う事により、入居者の心身機能の維持、向上に努める。
 - ②ケアマネージャーの作成した介護サービス計画に沿い、そのサービス目標を達成する為に具体的なサービスを行う。介護サービスの提供に当たっては、親切丁寧に行う事を旨とし、入居者又はその家族に対し、サービス提供方法と利用料金等について、理解を求め、同意を得るようにする。
 - ③事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業等と綿密な連携を図り、総合的かつ効率的なサービスの提供に努めるものとする。

(8) 開設年月日 平成8年4月1日

(9) 入所定員 50名

3. 居室等の概要

当事業所では、以下の居室・設備をご用意しております。居室の希望がある場合は、その旨お申し出下さい。その際は、利用者の身体状況等を考慮の上、居室を決定いたします。但し、居室の調整等の事情によりご希望に沿えない場合もあります。

居室の種類	室数
個室（1人部屋）	9室
2人部屋	3室
3人部屋	1室
4人部屋	8室
	計21室

(1) 居室の変更

入居者からの居室の変更希望の申し出や、同室者とのトラブルがあった場合は、居室の空き状況に応じて施設でその可否を決定します。又、入居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、入居者やご家族等と協議の上、決定するものとします。

(2) トイレは各フロアの東西にそれぞれ2ヶ所ずつ設置しています。

4. 職員の配置状況

《主な職員の配置状況》

職種	常勤換算	指定基準
施設長	1名（常勤・専従）	1名
副施設長	1名（常勤・専従）	
医師	1名（非常勤・兼務）	必要数
管理栄養士	1名（常勤・専従）	1名
介護支援専門員	1名（常勤・専従）	1名
機能訓練指導員	1名（常勤・専従）	
生活相談員	2名（常勤・兼務）	1名
看護職員	3名（常勤・専従）	
介護職員	19名（常勤／非常勤・専従）	
協力医療機関	4（内科3・歯科1）	必要数

※職員の配置については、指定基準を上回っております。

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制	勤務時間	職種	勤務体制	勤務時間
介護職員	早番1	6:30 ~ 15:30	生活相談員	日勤	8:30 ~ 17:30
	早番2	7:15 ~ 16:15			
	日勤	8:30 ~ 17:30	看護職員	早番	7:30 ~ 16:30
	中番	10:00 ~ 19:00		日勤	8:30 ~ 17:30
	遅番1	10:30 ~ 19:30		遅番	10:00 ~ 19:00
	遅番2	11:00 ~ 20:00	管理栄養士	日勤	8:30 ~ 17:30
	夜勤	16:30 ~ 翌9:30			
介護支援専門員	日勤	8:30 ~ 17:30	機能訓練指導員	日勤	8:30 ~ 17:30

《主な職種の勤務内容》

1) 介護職員

利用者の日常生活上の介護、並びに健康保持のための相談・援助等を行います。

(例：食事介助、入浴介助、排泄介助、レクリエーション等)

2) 看護職員

利用者の健康管理や治療上の世話をします。また、日常生活上の介助や機能訓練等も行います。

(例：血圧測定、検温等)

3) 介護支援専門員

利用者の施設介護計画書（ケアプラン）を作成します。また、各種申請等手続きの代行業務を行います。(例：介護保険認定更新等)

4) 機能訓練指導員

利用者の身体状況維持・向上のための機能訓練（リハビリ）等を行います。

5) 管理栄養士

利用者に提供する食事の献立表を作成して、栄養バランスの検討を行います。

6) 生活相談員

利用者やご家族様からのご要望等受け付けのための窓口業務を行います。

7) 嘱託及び協力医

入居者に対して、健康管理及び指導を行います。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

＜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により、栄養並びに入居者の身体の状態及び嗜好を考慮し栄養マネジメントに基づき食事を提供します。また、希望に応じた食事提供に努めます。(選択食・誕生日メニューなど)

- ・経口維持・経口移行の取り組みを行います
- ・利用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。1階食堂・1階デイルーム・2階デイルームなど、食事場所は選択できます。但し、健康状態によってはその限りではありません。

～食事時間～

朝食	7:15 ～ 8:15
昼食	12:00 ～ 13:00
おやつ	15:00 ～ 15:30
夕食	18:00 ～ 19:00

※ 身体状況に合わせ、時間を要する入居者には配膳の順番を工夫して食事時間に幅を持たせています。

② 入浴

- ・入浴は週あたり2回以上となります。
- ・身体状況等で入浴できない場合は清拭を行います。
- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴する事が出来ます。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・オムツを利用される方については、定時交換と、身体・排泄の状況により、随時交換いたします。

④ 機能訓練

- ・機能訓練指導員・看護職員等により、入居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機能訓練を実施します。

⑤ レクリエーション・愛好会等

- ・各フロアでのレクリエーションを行います。
- ・愛好会や、個別の外出支援等を必要に応じて行います。

⑥ 健康管理

- ・医師及び協力医：入居者に対して、健康管理及び指導を行います。
例：回診（毎週月曜日）、歯科受診、皮膚科受診、眼科往診等
- ・看護職員がバイタルチェック（血圧測定、検温）等の健康管理を行います。

⑦ 看取り

- ・別紙「看取り介護の指針」ならびに「看取り介護の理念」に基づき、入居者又は家族の意向に沿い、看取り介護を行います。

⑧ その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・歯科医師の技術的指導のもと、毎食後3回の口腔ケアを行います。

《サービス利用料金 1ヶ月(30日)の場合》

～課税世帯の場合～

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
単位数	589	659	732	802	871
多床室 1 割負担 自己負担額	94,199 円	96,657 円	99,221 円	101,679 円	104,103 円
多床室 2 割負担 自己負担額	117,597 円	122,514 円	127,641 円	132,558 円	137,405 円
多床室 3 割負担 自己負担額	140,995 円	148,371 円	156,061 円	136,437 円	170,708 円
個室 1 割負担 自己負担額	103,679 円	106,137 円	108,701 円	111,159 円	111,413 円
個室 2 割負担 自己負担額	127,077 円	131,994 円	137,121 円	142,038 円	146,885 円
個室 3 割負担 自己負担額	150,475 円	157,851 円	165,541 円	172,917 円	180,188 円
居住費 (個室)	1,231 円/日		36,930 円/月		
居住費 (多床室)	915 円/日		27,450 円/月		
食事費	1,445 円/日		43,350 円/月		

※この料金表が示す自己負担額は、次項①+②+③+④の加算及び、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算、居住費、食費を含めた場合の料金です。

- ①日常生活継続支援加算 (I) (36 単位/日)
- ②夜勤職員配置加算 (I) イ (22 単位/日)
- ③看護体制加算 (I) イ (6 単位/日)
- ④看護体制加算 (II) イ (13 単位/日)
- ⑤個別機能訓練加算 (I) (12 単位/日)
- ⑥若年性認知症入所者受入加算 (120 単位/日)
- ⑦看取り介護加算 (I) (72 単位/144 単位/680 単位/1280 単位)
- ⑧認知症専門ケア加算 (I) (3 単位/日)
- ⑨科学的介護推進体制加算 (I) (40 単位/月)
- ⑩安全対策体制加算 (20 単位/入所初日のみ)

- ・介護職員処遇改善加算 (総単位数に対して 8.3%)
- ・介護職員等特定処遇改善加算 (総単位数に対して 2.7%)
- ・介護職員等ベースアップ加算 (総単位数に対して 1.6%)

《利用者負担割合について》

1割負担	本人が市町村民税課税である、若しくは市町村民税非課税(本人)であるも、世帯内に市町村民税課税対象者がいる場合
2割負担	上記課税層(1割負担)内の第1号被保険者で、本人の合計所得金額が年間160万円以上である。その上で、同一世帯の第1号被保険者の年間収入額が単身で280万円以上、2人以上で346万円以上の方
3割負担	上記課税層(2割負担)内の第1号被保険者で、本人の合計所得金額が年間220万円以上である。その上で、同一世帯の第1号被保険者の年間収入額が単身で340万以上、2人以上で463万円以上の方

※合計所得金額とは課税年金収入、年金以外と土地建物等の譲渡所得に係る特別控除額を控除して得た額とします。

《利用者負担軽減制度について》

低所得者の方の居住費・食費の負担を軽減する制度があり、負担段階が「第1段階」から「第3段階」に該当する方は補足給付を受けることができます。

負担段階	対 象 者	居住費・食費
第1段階	・世帯員全員が市町村民税非課税で、老齢福祉年金を受給している方 ・生活保護を受けている方	食 費：300 円／日 居住費：380 円／日（個室） 0 円／日（多床室）
第2段階	配偶者と世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の年金（障害年金、遺族年金等を含む）収入額と年金以外の合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	食 費：390 円／日 居住費：480 円／日（個室） 430 円／日（多床室）
第3段階①	配偶者と世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の年金（障害年金、遺族年金等を含む）収入額と年金以外の合計所得金額の合計が 80 万円超え 120 万円以下の方	食 費：650 円／日 居住費：880 円／日（個室） 430 円／日（多床室）
第3段階②	配偶者と世帯全員が市町村民税非課税で、本人の前年の年金（障害年金、遺族年金等を含む）収入額と年金以外の合計所得金額の合計が万円を超える方	食 費：1,360 円／日 居住費：880 円／日（個室） 430 円／日（多床室）
第4段階	上記以外の方	施設との契約による

※ただし、本人が非課税世帯であっても、①配偶者が課税されている場合、単身もしくは夫婦で預貯金を保有しており、以下の条件に該当する場合には補足給付の対象外となります。

対象者	要件
年金収入等 80 万円以下（第2段階）	単身 650 万円、夫婦 1,650 万円
年金収入等 80 万以超 120 万円以下（第3段階①）	単身 550 万円、夫婦 1,550 万円
年金収入等 80 万以超 120 万円以下（第3段階①）	単身 500 万円、夫婦 1,500 万円

- ◎ 食事の自己負担額は 1 日 1,445 円（朝 338 円・昼 591 円・夕 430 円・おやつ代 86 円）です。
- ◎ 入居者がまだ要介護認定を受けていない場合には、原則としてサービス利用料の全額を一旦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）。必要となる場合、入居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、入居者の負担額を変更します。
- ◎ 利用料金のお支払いにつきましては、月末で締め 1 ヶ月毎にご請求いたしますので、翌 10 日頃に請求書を発行致します。ゆうちょ銀行による引き落とし（毎月 20 日）もしくは、銀行振り込みにてお支払い頂きます。

- ◎ 看取り介護を行った場合、または個別機能訓練、経口維持・経口移行ケア、排泄支援、褥瘡マネジメント、低栄養リスク改善、再入所時栄養連携等を実施した際は、別途加算単位が発生します。(別添資料参照)

6. 入院中の医療の提供について

医療を提供する場合は、入居者の希望により下記の医療機関において、診療や入院治療を受けることが出来ます。

但し、下記医療機関での優先的な治療・入院治療を保障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ているものでもありません。

① 協力病院（入院設備有り）

医療機関の名称（電話番号）	所在地	診療科
JCHO 仙台南病院（306-1711）	仙台市太白区中田町字前沖 143	内科・外科
康陽会 中嶋病院（291-5191）	仙台市宮城野区大槻 15-27	内科・整形
仏士明理会 仙台総合病院（268-3150）	仙台市青葉区中央 4-5-1	内科・整形

② 協力医院

医療機関の名称（電話番号）	所在地	備考
往診クリニックビーナス（302-6772）	仙台市太白区袋原 3-1-31	配置医
武山歯科クリニック（241-0418）	仙台市太白区四郎丸字大宮 38-4	協力医

7. 入院の取り扱いについて

入居者が入院して3ヶ月以内に退院する場合は再入所できますが、それを超える場合は協議となります。尚、入院中（医療保険適用）は当施設の介護サービスを受けることは出来ません。

8. 事故発生時の対応方法について

- ① 当施設を利用中に、転倒や病状の悪化により突然身体等に急変が生じた場合は看護職員による適切な応急措置を講じると共に、速やかに医師又は協力医療機関等への連絡を行う等の必要な措置を行います。又、直ちに家族との連絡をとり病状等の説明を行います。
- ② 上記の事故等が発生した場合は、全て記録をし、家族に報告すると共に再発防止に努めてまいります。また、必要に応じ速やかに該当する市町村の関係課に連絡をとり、必要な措置を講じてまいります。
- ③ 入居者に対し当施設のサービス提供により賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得た入居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べき旨を、従業者との雇用契約の内容としています

10. 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、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回以上入居者及び従業者等の訓練を行います。

11. 損害賠償について

施設では、サービス提供により入居者に賠償すべき事故が発生した場合には、保障制度の範囲内において誠意をもって対応致します。

加入賠償制度：宮城県地域福祉総合保障制度

引き受け保険会社：三井住友海上火災保険株式会社

12. ご意見や苦情の受付及び個人情報保護に関するお問い合わせについて

(1) 当施設における受付及び個人情報相談窓口について

① 当施設における苦情や個人情報のご相談は以下の窓口で受け付けます。

・受付担当者 副施設長 小野寺 卓也

電話番号 022-241-5990 FAX 022-241-5929

※担当者不在の場合は、他の職員がお受けし、後刻ご返事いたします。

・受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

※また、ご意見や苦情、個人情報相談の受付ボックスを事務所前に設置しています。

②ご意見や苦情、個人情報相談に対する解決体制について

・解決責任者 施設長 最上 啓史

寄せられたご意見や苦情、個人情報相談については施設長が責任者となり、各関係者と相談しながら、申出人と誠意を持って話し合い、合意が得られ又は適切な措置が実施されるよう努めます。

③ 苦情解決第三者委員

仙台ビーナス会 監事 坂田 祐子 TEL 022-241-6225

仙台ビーナス会 評議員 佐藤 浩二 TEL 022-241-3674

苦情解決第三者委員を委嘱し、申出人の希望があれば、解決のため相談に関与していただきます。なお、介護サービス提供に伴う相談は、随時受け付けております。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

仙台市役所 介護事業支援課 施設指導係	住 所	仙台市青葉区国分町 3-7-1
	電話番号	022-214-8318
仙台市太白区役所 介護保険課	住 所	仙台市太白区長町南 3-1-15
	電話番号	022-247-1111
宮城県国民健康保険団体連合会	住 所	仙台市青葉区上杉 1-2-3
	電話番号	022-222-7700
宮城県社会福祉協議会福祉サービス利用に 関する運営適正化委員会	住 所	仙台市青葉区本町 3-7-4
	電話番号	022-716-9674

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施：平成 25 年 11 月 1 日 実施（有効期間：平成 29 年 3 月 31 日）

評価機関の名称：一万人市民委員会 宮城県民の会

※現在公表無し

確 認 書

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際し、「指定介護老人福祉施設」（特別養護老人ホーム白東苑）重要事項説明書に基づき、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）白東苑

【説 明 者】

職 名

氏 名

印

私は、『指定介護老人福祉施設』（特別養護老人ホーム白東苑）重要事項説明書に基づいて施設から、重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

サービス開始（予定）日 令和 年 月 日

【入 居 者】

住 所

氏 名

印

【契 約 者】

住 所

氏 名

印

(続柄)