

地域密着型特別養護老人ホーム BASARA 重要事項説明書

令和7年10月1日

当施設は介護保険の指定を受けています
(大分市指定 第 4490100775 号)

当施設はご入所者に対して地域密着型介護老人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とおり説明します。

◆◆目次◆◆

1.	施設経営法人	1
2.	施設の概要	1
3.	職員の配置状況	3
4.	職員の勤務体制	3
5.	当施設が提供するサービス	4
6.	ご利用料金	5
7.	契約の終了	6
8.	苦情の受付	7
9.	協力医療機関	7
10.	事故発生時の対応	8
11.	高齢者虐待防止	8
12.	身体拘束等の適正化	8
13.	非常災害対策	8
14.	業務継続計画の策定	8
13.	損害賠償	8
14.	サービス利用にあたっての留意事項	9

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 . . . 社会福祉法人 ^{さんふう} 参風会
- (2) 法人所在地 . . . 大分県大分市大字三芳 1305 番地の 1
- (3) 電話番号 . . . 097-545-8258
- (4) 代表者氏名 . . . 理事長 織部 哲也
- (5) 設立年月 . . . 平成 29 年 5 月 30 日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 . . . 指定地域密着型ユニット型介護老人福祉施設
平成 30 年 4 月 1 日指定 大分市第 4490100775 号
- (2) 施設の目的 . . . 地域密着型施設サービス計画に基づき、入所者一人一人の意思及び人格を尊重し、入所者へのサービスの提供に関する計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入所前の居宅における生活と入所後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入所者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。
- (3) 施設名称 . . . 地域密着型特別養護老人ホーム ^{バサラ} BASARA
- (4) 施設所在地 . . . 大分市大字三芳 1305 番地の 1
- (5) 電話番号 . . . 097-545-8257
- (6) FAX 番号 . . . 097-545-8265
- (7) 管理者氏名 . . . 松浦 昭裕
- (8) 施設の運営方針 . . .
 - 1. すべてのお客様を人生の先輩として敬い、一人ひとりの人格・生命を尊重し、その人らしく安心して、安全に生活できる環境・サービスを提供することに努めます。
 - 2. お客様の視点に立ってサービスの見直しを行い、自立・自信につながり、心から満足していただけるサービスが提供できるように、研修・研鑽に取り組み、サービスの質の向上に努めます。
 - 3. 社会資源として地域福祉の拠点となり、地域の方々が安心して暮らせる環境作りに貢献できるよう、開放的で透明性の高い経営を目指します。
 - 4. 当事業所は、社会福祉法人としての社会的責任の重さを真摯に受け止め、健全な経営を行うよう、全ての法令を遵守いたします。また、従業者は、業務に関連する規程及びルール・秩序を遵守し、社会的信用を損なわないように努めます。
- (9) 開設年月日 . . . 平成 30 年 4 月 1 日

(10) 入 所 定 員 ・ ・ ・ 29 名

ユニット別内訳 (ロム) 9 名、(羽風) 10 名、(マカニ) 10 名

短期入所生活介護の特養空床利用あり

(11) 設 備 等 概 要

	種類	室数	備考
1 階	医務室	1 室	
	静養室	1 室	
	相談室・面談室	2 室	
	浴室	2 室	特殊浴室・リフト浴室・個浴
	脱衣室	2 室	
	地域交流スペース	1 室	
	会議室	1 室	
	事務室	1 室	
2 階	居室	20 室	洗面台、チェスト設置
	共同生活室	2 室	兼機能訓練室、洗面設備
	トイレ	8 室	車椅子対応、手すり付き
	浴室	1 室	リフト浴室・個浴
	脱衣室	1 室	
	汚物処理室	2 室	
	介護材料室	2 室	
	介護職員室	2 室	
3 階	居室	9 室	洗面台、チェスト設置
	共同生活室	1 室	兼機能訓練室、洗面設備
	トイレ	4 室	車椅子対応、手すり付き
	浴室	1 室	リフト浴室・個浴
	脱衣室	1 室	
	汚物処理室	1 室	
	介護材料室	1 室	
	介護職員室	1 室	

※ご入所者やご家族等より居室の変更希望があった場合、居室の空き状況により施設にて可否を決定いたします。また、ご入所者の心身の状況により居室を変更させていただく場合があります。その際には、ご入所者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

3. 職員の配置状況

当施設では、ご入所者に対して指定地域密着型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、指定基準を順守しています。

従業者の職種	職員数	指定基準	職務の内容・備考
1. 管理者	1 名	1 名	運営管理・業務管理
2. 医師	1 名	1 名	健康管理
3. 介護支援専門員	1 名	1 名	介護サービス計画の作成・管理
4. 生活相談員	1 名	1 名	入退所手続・生活相談
5. 看護職員	1 名以上	1 名	健康管理
6. 機能訓練指導員	1 名	1 名	機能訓練
7. 介護職員	10 名以上	10 名	日常生活介護
8. 事務員	1 名	1 名	事務
9. 栄養士	1 名	1 名	食事の管理・栄養指導

4. 職員の勤務体制

【主な職種の勤務体制】

職種	勤務時間
1. 管理者	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
2. 医師	月に 2 回 15 : 30 ~ 17 : 00 9 : 30 ~ 11 : 30
3. 介護支援専門員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
4. 生活相談員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
5. 看護職員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
6. 機能訓練指導員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
7. 介護職員	半日 7 : 30 ~ 11 : 30 早番 7 : 30 ~ 16 : 30 日勤 8 : 30 ~ 17 : 30 遅番 10 : 00 ~ 19 : 00 夜勤 16 : 30 ~ 翌 09 : 30 ※その他、ご入所者の状況事応じた勤務時間を設定しています。
8. 事務員	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30
9. 栄養士	日勤 8 : 30 ~ 17 : 30

5. 当施設が提供するサービス

当施設では、ご入所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

・栄養士の立てる計画により、栄養並びにご入所者の身体状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

・ご入所者の自立支援のため、離床して食堂で食事を摂っていただくことを原則としています。
食事時間は概ね以下のとおりです。

朝食 8:00～10:00 ／ 昼食 12:00～14:00 ／ 夕食 17:00～19:30

② 入浴

・入浴又は清拭を週2回以上行います。

・ご入所者の身体状況により、特殊浴槽を利用して入浴することができます。

③ 排泄

・ご入所者の状況に応じて適切な排泄の介助を行うとともに、身体能力を最大限に活用した援助を行います。

④ 機能訓練

・機能訓練指導員（看護職員）により、生活相談員・介護職員と連携してご入所者の心身の状況に応じて、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為の訓練を実施します。

⑤ 健康管理

・医師（嘱託）や看護職員による健康チェック及び異常の早期発見、早期処置に努めます。

・関係職種が連携し、褥瘡予防及び感染症食中毒の予防対策を行います。

・医療が必要と判断された場合は、速やかに医療機関に引き継ぎます。

⑥ 生活介護

・寝たきり防止の為、でき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。

・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。

⑦ 生きがい活動

・施設での生活が楽しく実りあるものとするために、行事やレクリエーションを企画します。

⑧ 生活相談

・ご入所者及びご家族からの相談について誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うよう努めます。

6. ご利用料金

【サービス利用料金】

お支払いいただく各サービスの利用料の単価は、別紙「サービス料金表」のとおりです。

ご入所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 1～3 割）と食事及び居住費、その他加算に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（※サービス利用料金は、ご入所者の要介護度・介護負担限度額認定段階に応じて異なります。）

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

①基本料金（1 日につき）

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス利用料金	6,820 円	7,530 円	8,280 円	9,010 円	9,710 円
自己負担額 1 割	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円
自己負担額 2 割	1,364 円	1,506 円	1,656 円	1,802 円	1,942 円
自己負担額 3 割	2,046 円	2,259 円	2,484 円	2,703 円	2,913 円

②加算（ご入所の状況、状態によって変わります。）

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

①食費・居住費（1 日につき）

		食費	居住費
第 1 段階	市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者	300 円	880 円
第 2 段階	市町村民税世帯非課税であって、公的年金収入額と合計所得金額の合計が 80 万円以下の方	390 円	880 円
第 3 段階①	市町村民税世帯非課税であって、公的年金額とその他の合計所得金額が年間 80 万円を超え 120 万円以下の方	650 円	1,370 円
第 3 段階②	市町村民税世帯非課税であって、公的年金額とその他の合計所得金額が年間 120 万円を超える方	1,360 円	1,370 円
第 4 段階	市町村民税課税世帯の方	1,445 円	2,066 円

* 契約者が利用していたベッドを契約者同意の上で短期入所生活介護に活用した日につきましては、上記の料金を負担いただく必要はありません。（その際はお荷物を他居室等に移動させていただきます。）

②理美容代 理美容師の出張によるサービスをご利用いただけます。料金は実費

③その他 希望者が参加されるレクリエーション、クラブ活動費用の材料費の実費
個人で必要な日常生活品、医療費、複写物 など

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求いたします。翌月 15 日頃までに請求書をお送りしますので、27 日までに以下のいずれかの方法にてお支払い下さい。(1 ヶ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。)

- ①窓口にて現金支払い
- ②金融機関口座からの引落
- ③振込にて支払い

金融機関名	大分銀行 南支店
預金口座	7538203
口座名義	社会福祉法人参風会 理事長 織部 哲也

7. 契約の終了について

(1) ご入所者からの退所申し出による契約終了

契約の有効期間であっても、ご入所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、退所を希望される日の 7 日前までに解約届をご提出ください。ただし、以下の場合には即時に契約を解除・解約し施設を退所することができます。

- ① ご入所者が入院された場合
- ② 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
- ③ 事業者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地域密着型介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が、守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が、故意または過失によりご入所者の身体・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が認められる場合

(2) 自動終了

- ① ご入所者が他の介護保険施設に入所した場合
- ② ご入所者がお亡くなりになった場合
- ③ 要介護認定により、ご入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ④ 事業者がやむを得ない事由により事業を終了した場合
- ⑤ 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

(3) 事業者からの申し出による契約終了

- ① ご入所者が、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 ご入所者による、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 ご入所者が故意又は過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他のご入所者様

の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事などによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

- ⑨ ご入所者が3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

(4) 円滑な退所のための援助

ご入所者が当施設を退所する場合には、希望により事業者は心身の状況や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おこないます。

- ① 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
- ② 居宅介護支援事業者の紹介
- ③ 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

8. 苦情の受付について

(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。

- 苦情解決責任者 松浦 昭裕
- 苦情受付窓口(担当者) 秦 富士香
- 受付時間 8:30～17:30
- 電話番号 097-545-8257

また、玄関に苦情受付箱を設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付窓口

- 大分市役所 長寿福祉課
電話番号 097-534-6111 / 受付日 毎週月曜日～金曜日
- 国民健康保険団体連合会
電話番号 097-534-8470 / 受付日 毎週月曜日～金曜日
- 大分県社会福祉協議会
電話番号 097-558-0300 / 受付日 毎週月曜日～金曜日

9. 協力医療機関

当施設では、病状の急変、災害時の対応に備えて以下の医療機関と連携体制を整備しています。(ただし、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。又、下記医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。)

【協力医療機関】

- 医療法人 凱風会 織部病院
〒870-0852 大分市田中町 10-3 電話 097-544-2377

【協力歯科医療機関】

- 一般社団法人 悠愛
〒870-0921 大分市萩原 4 丁目 9 番 1 号 電話 097-547-8801

10. 事故発生時の対応

- (1) 施設では、ご入所者に対する指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村・ご入所者の家族等に連絡します。
- (2) 施設では、事故発生時の対応及び事故発生防止の為に指針を整備します。
- (3) 施設では、事故分析による改善策を従業員に周知徹底させ、事故発生防止の為に定期的な委員会及び研修を行います。

11. 高齢者虐待防止

- (1) 施設では、ご入所者の人権の擁護・虐待防止の為に、必要な措置を講じます。
- (2) 施設では、研修等を通じて従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (3) 施設では、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 施設では、従業員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従業員がご入所者等の権利擁護に取り組めるよう努めます。

12. 身体拘束等の適正化

- (1) 施設では、ご入所者の身体拘束の適正化の為に、必要な措置を講じます。
- (2) 施設では、研修等を通じて従業員の身体拘束等の適正化における知識や技術の向上に努めます。
- (3) 施設では、個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (4) 施設では、従業員が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整え、従業員がご入所者等における身体拘束等の適正化に取り組めるよう努めます。

13. 非常災害対策

- (1) 施設では、非常災害に備えて、消防計画・風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定め、年2回以上定期的に避難・救出その他必要な訓練を行います。
- (2) 施設では、災害時に備え、自主防災組織との連携や広域相互応援体制の整備に努めます。

14. 業務継続計画の策定

当施設では、感染症や非常災害の発生時において、ご入所者に対する施設サービス事業の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るために計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。また、事業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するよう努めます。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

15. 損害賠償

当施設において、事業者の責任によりご入所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致します。個人情報保護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、ご入所者に故意又は過失が認められる場合には、ご入所者の置かれた心身の

状態を斟酌し、相当を認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

16. サービス利用にあたっての留意事項

当施設のご利用にあたって、サービスを利用されているご入所者の快適性・安全性を確保する為下記の事項をお守りください。

- (1) 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- (2) 他のご入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- (3) 施設内における他のご入所者及び従業者に対する宗教活動・政治活動・営利活動はご遠慮ください。
- (4) ご入所者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、ご入所者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。
ただし、その場合ご入所者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。

令和 年 月 日

指定地域密着型介護福祉施設入所に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

地域密着型特別養護老人ホーム B A S A R A

職 名 _____

説明者名 _____ ㊞

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、指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

契約者代理人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞