

社会福祉法人風の馬 地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオル

重要事項説明書

1. 開設者について

事業者名称：社会福祉法人風の馬

代表者氏名：馬場武彦

法人所在地：堺市西区鳳北町十丁31番1号

電話072-262-3000 fax072-262-3008

設立年月日：平成22年6月7日

2. 事業の目的

社会福祉法人風の馬が開設する地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオル（以下、「施設」という。）は、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、施設の管理者や従業者が、要介護状態にある入居者（以下、「入居者」という。）に対し、適切に指定介護老人福祉施設サービス（以下「サービス」）を提供することを事業の目的とします。

3. 事業の方針

施設は、介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居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居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することを目指すものとします。

施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4. 施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

施設名 地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオル

指定番号 2790500199

所在地 和泉市上町89番地

管理者の氏名 正本 恵子

電話番号 0725-58-7172

F A X 番号 0725-58-7173

(2) 施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	法令に基づく 人員基準	施設の配置人員
管理者	業務の一元的な管理	1名	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	必要数	1名（常勤 0 名、非常勤 1名）
生活相談員	生活相談及び指導	1名	1名（常勤 1 名、非常勤 0 名）
介護支援専門員	ケアプランの作成	1名 （兼務可）	1名以上（常勤/非常勤） 【兼務】
介護職員	介護業務	13名	16名以上（常勤/非常勤）
看護職員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	1名以上	2名以上（常勤/非常勤）
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1名 （兼務可）	1名以上（常勤/非常勤）
栄養士（管理栄養士）	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名 （兼務可）	1名（常勤 1名、非常勤 0名） 短期入所・介護予防短期入所生活介護 栄養士と兼務】

(3) 職種の勤務体制

1. 昼間については、ユニットごとに常時一人以上の介護職員又は看護職員を配置
2. 夜間及び深夜については、二ユニットごとに一人以上の介護職員又は看護職員を夜間及び深夜の勤務に従事する職員として配置
3. ユニットごとに、常勤のユニットリーダーを配置

(4) 設備の概要

施設の入居定員 29名

ユニット数 3

ユニット毎の入居定員 10名 2ユニット 9名 1ユニット

○居室 29室

入居者の居室は、ベッド・枕元灯等を備品として備えます。

○共同生活室 3室

机や椅子・キッチン等を備品として備えています。

○浴室 4室

浴室には入居者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けています。

○洗面所 29台

各居室並びに必要なに応じて各階各所に洗面所を設けています。

○便所 15室（各ユニットに4室及び1階2室、2階1室）

各居室並びに必要なに応じて各階各所に便所を設けています。

○医務室 1室

入居者の診療・治療のために、医務室（医療法に規定する診療所）を設け、入居者を診療するために必要な医薬品及び医療器具を備えています。

5. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ① 食事 朝食 8:00
昼食 12:00
夕食 18:00
(厨房からユニットへの配膳時間の目安)
- ② 介護 食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ③ 入浴 入浴等の機会を設け、適切な方法により入居者が清潔を保つことができるように致します。
- ④ 機能訓練 入居者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 理容・美容 理容・美容サービスを実施しております(料金は自己負担)。
- ⑥ クラブ活動 入居者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に係る活動の機会を予定しております。

6. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

お支払いですが、利用料利用者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。作成した請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日頃、利用者様あてにお届け(郵送)します。

お支払い方法ですが、請求月の23日までに、①施設に現金でお支払い ②利用者指定口座からの自動振替、いずれかをお願い致します。

利用料金をお振り込みされる場合、以下の口座でお願いします。

紀陽銀行 堺支店 普通口座 口座番号:789616 口座名義:社会福祉法人風の馬

□介護報酬告示額

(1) 基本料金

介護区分	1日あたりの利用料	1日あたりの自己負担額		
		1割	2割	3割
要介護1	7,004円(682単位)	700円	1,400円	2,100円
要介護2	7,733円(753単位)	773円	1,546円	2,319円
要介護3	8,503円(828単位)	850円	1,700円	2,550円
要介護4	9,253円(901単位)	925円	1,850円	2,775円
要介護5	9,972円(971単位)	997円	1,994円	2,991円

(2) 加算料金等

加算料金については施設で取得が適正であると判断した加算を取得、維持を心がけ発生した加算点数に応じて利用者に請求するものとします。

加算の新規取得等、利用料金に変更が生じる場合は事前に通知を行うものとします。

□その他の費用

(1) 「居住費」及び「食費」1日あたりの金額

居住費	食費
2,006円	1,445円

※ 介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

(2) 入院・外泊時の費用

下記のA～Cの合計

	内容	1日あたり
A	介護報酬上の外泊時費用1割自己負担額 (月に6日限度、連続して翌月にまたがる場合は12日限度)	257円
B	入院・外泊の翌日から6日まで 所得段階別の居住費(利用者負担額)	820円～2,006円
C	入院・外泊の翌日から7日目以降 外泊時居住費として第4段階以上の居住費(所得段階に関わらず全ての方) *但し、Aが適用されている期間は、Bに記載の金額。	2,006円

(3) 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

区分	金額(単位)	内容の説明
理美容代	実費	入居者の希望によって提供した場合
クラブ活動費	実費	入居者の希望によって提供した場合
行事費	実費	入居者の希望によって提供した場合
健康管理費	実費	入居者の希望によって提供した場合

*健康管理費 インフルエンザ予防接種等

○施設は、介護保険法関係法令の改正等並びに経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合は、『□その他の費用』に規定する利用料を変更することがあります。

変更する場合は、あらかじめ、入居者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用を記した文書により説明、同意を得るように致します。

7. サービス利用に当たっての留意事項

- ①入居者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ②入居者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。

- ③施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

8. 非常災害対策

施設では、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回以上ご入居者及び従業者等の訓練を行います。

9. 緊急時の対応

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 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。

12. 入居者の尊厳

入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

13. 身体拘束の禁止

原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 虐待防止について

入居者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者：施設長 正本 恵子

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

15. 苦情相談窓口

※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。

生活相談員：坂下 朱実

ご利用時間：月～土曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話：0725-58-7172 FAX:0725-58-7173

※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。

○市町村（保険者）の窓口

- ・和泉市 高齢介護室

和泉市府中町 2-7-5 電話番号 0725-99-8131 FAX 番号 0725-40-3441

- ・堺市 長寿社会部 介護保険課

堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 電話番号 072-228-7513 FAX 番号：072-228-7853

- ・高石市 保健福祉部健幸づくり課

高石市加茂 4-1-1（高石市役所） 電話番号：072-267-1160 FAX 番号：072-263-6116

- ・泉大津市 健康福祉課 高齢介護室

泉大津市東雲町 9-12 電話番号 0725-33-1131 FAX 番号 0725-20-3129

- ・忠岡町 高齢介護課

泉北郡忠岡町忠岡東 1-34-1 電話番号：0725-22-1122 FAX 番号：0725-22-0364

- ・岸和田市 保健部 介護保険課

岸和田市岸城町 7-1 電話番号：072-423-9475 FAX 番号：072-423-6927

- ・岸和田広域事業者指導課

岸和田市野田町 3-12-2 泉南府民センター 4F

電話番号 072-493-6132 FAX 番号 072-493-6132

問い合わせ時間及び休日

平日（月曜日から金曜日）9時から17時30分まで

ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日～31日、1月2日・3日を除く。

○ 公的団体の窓口

- ・大阪府国民健康保険団体連合会

大阪府中央区常磐町1丁目3番8号 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室介護保険課11階

電話番号 06-6949-5418

問合せ時間及び休日

平日（月曜日から金曜日）9時～17時まで。

ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日～31日、1月2日・3日を除く。

16. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関

- ・名称 社会医療法人ペガサス 馬場記念病院
- ・住所 堺市西区浜寺船尾町東4丁244番地
- ・科目 脳外科、内科、呼吸器科、消化器科、神経内科、外科、整形外科、他
- ・電話 072-265-5558

- ・名称 社会医療法人ペガサス 馬場満記念クリニック
- ・住所 和泉市上町89番地
- ・科目 脳外科、内科、整形外科、脳神経内科 外科
- ・電話 0725-43-2010

・協力歯科医療機関

- ・名称 和洲会クリニック
- ・住所 泉大津市池浦町4-6-35
- ・電話 0725-33-2000

◇緊急時の連絡先

入居者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、入居者が予め指定する連絡先にも連絡します。

連絡先のご家族等	
住所	
電話番号	

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入居者様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご入居者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入居者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

なお、施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社	
保険名	介護保険・福祉事業者総合賠償責任補償制度	
補償の概要/限度額	身体障害・財物損壊	1億円
	人格権侵害補償	1名100万 1事故1000万円
	支援事業損害補償	1億円
	受託財物損害賠償補償	100万円
	初期対応費用	1,000万円
	訴訟対応費用	1,000万円

18. 看取りに関して

人生の最終段階をどこで迎えるのか、入居者や家族の希望を当施設は尊重いたします。

別添えの「看取りに関する指針」に沿って支援させていただきます。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

上記内容について、「大阪府介護保険事業等の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成 24 年条例第 114 号）の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府堺市西区鳳北町十丁 3 1 番 1
	法人名	社会福祉法人 風の馬
	代表者名	理事長 馬場武彦 印
	施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 エクウスプリオル
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
*上記署名は（氏名）（続柄）が代行しました。		
代理人	住所	
	氏名	印 続柄