

「指定ユニット型介護老人福祉施設」重要事項説明書

特別養護老人ホーム 木もれ日苑

(福岡県指定 第 4072500707 号)

当事業所はご利用者又はご契約者に対してユニット型介護老人福祉サービスを提供いたします。

施設概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

* 当事業所のご利用は原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

社会福祉法人 高邦福社会

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 高邦福祉会
法人所在地	福岡県柳川市三橋町棚町218-1
電話番号	0944-73-0039
代表者氏名	理事長 高木 邦格
設立年月日	平成 9年 10月 30日

2. 利用施設

施設の種類	指定ユニット型 介護老人福祉施設 (福岡県指定第 4072500707号)
施設の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護を提供する
施設の名称	特別養護老人ホーム 木もれ日苑
施設の所在地	福岡県大川市中木室934番地
電話番号	0944-85-8001
施設長(管理者)	秋山 健太郎
当事業所の運営理念・方針	<p>ともに「笑顔」・ともに「想い」・ともに「つながり」</p> <ol style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護・福祉サービス等と連携し、一人一人にあった生活ケア及び健康管理の支援を行い、最期まで安心して生活ができるよう取り組んでいきます。 地域住民の方々をはじめ世代を超えた交流ができる施設として、地域に開かれた施設の運営を行います。 生活リハビリテーションを積極的に取り入れ、要介護状態の方でもその人らしい「暮らしの継続」ができるよう支援していきます。 日々研鑽し専門性を高め、より質の高いケアサービスを提供できるよう取り組んでいきます。
開設年月日	平成30年1月1日

3. 建物等の概要

(1) 建物及び設備の概要

構造	鉄骨構造 3階建
敷地面積	6,205.38 m ²
延床面積	5,409.26 m ²
入居利用定員	60名(うち短期入所10名)

居室	個室60室（うち短期入所10室含む）、洗面所・トイレ付
共同生活室	台所・食堂・共有スペース等で構成（各ユニットごと）
浴室	個浴槽（各ユニットごと）、機械浴槽1
相談室	2室
その他	医務室、理美容室、厨房、地域交流スペース、ボランティア室、洗濯室、デイサービスセンター、事務所、消化設備等

(2) 居室、ユニット

フロア	ユニット		備考
	名称	定員(室)	
3階	木もれ日6丁目	10室	
	木もれ日5丁目	10室	
2階	木もれ日4丁目	10室	
	木もれ日3丁目	10室	
	木もれ日2丁目	10室	短期入所
	木もれ日1丁目	10室	

(注1) ご利用ユニット及び居室は、当事業所が指定いたします。入所後の変更は原則として出来ませんが施設側の事情により変更していただく場合もあります。

(注2) 居室の面積は、角部屋等レイアウトの関係上、個室面積に若干の差異があり、1室当り 16.16㎡から 18.01㎡です。

<居室の主な設備・備品>

トイレ、洗面台、鏡、ベッド（マットレス・ベッドパット付）、エアコン、ナースコール、カーテン

*家具類等は利用者様の愛着あるものをご持参のうえ使用していただきます。

(3) 各ユニットの主な共用スペース

種類	室数	種類	室数
台所・食堂等	1室	汚物室	1室
玄関・通路等	—	洗濯室	1室
脱衣・浴室	1室	倉庫	2室

(4) 利用にあたって別途利用料金をご負担いただく施設設備

自動販売機

*介護保険の対象とならないため、別途利用料金をご負担いただきます。

4. 職員の配置

(1) 主な職員の配置

(単位：名)

職 種	常 勤		非常勤		常 勤 換 算 後 の 職 員	指 定 基 準
	専 任	兼 任	専 任	兼 任		
施設長（管理者）	1				1	1
医 師			2		—	必要数
生活相談員	1				1	1
看護・介護職員	37				37	22
（内看護職員）	3				3	2
（内介護職員）	34				34	20
管理栄養士	1				1	1
機能訓練指導員	1				1	1
介護支援専門員	1				1	1

(注) 常勤換算：職員それぞれの週当たりの勤務時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：40時間）で除した数です。

(2) 主な職種の勤務形態

職 種	勤 務 形 態
施 設 長	日勤 8：30～17：30
医 師	毎月2・4月曜日 10：00～12：00 毎月2・4金曜日 10：00～12：00
生活相談員	日勤 8：30～17：30
看 護 職 員	日勤 8：30～17：30 早番 7：30～16：30 遅番 10：00～19：00
介 護 職 員	日勤 8：30～17：30 早番 6：30～15：30 遅番 13：00～22：00 夜勤 21：45～6：45
管理栄養士	日勤 8：30～17：30
機能訓練指導員	日勤 8：30～17：30
介護支援専門員	日勤 8：30～17：30

5. 当事業所が提供するサービス

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事の介助

ア.食事メニューは、利用者様の嗜好になるべく合わせられるよう用意いたします。

イ.治療食は、年齢・病状等に適合したものを提供します。

主治医より直接発行された食事せんがある場合はこれに基づく療養食を提供いたします。

ウ.出来るだけ離床し、リビングで食べていただけるよう支援して参ります。

エ.定期的にアンケートを行いメニューの改善に努めます。

オ.利用者様の栄養状態を把握し、摂食機能を考慮した栄養計画に従い栄養管理を行います。

カ.経口により食事を摂取し、摂食機能障害を有する方で誤嚥が認められる方には、医師の指示により特別な管理を実施いたします。

・朝食	7:30～	9:00	} 食事の提供時間は、左記にかかわらず、個人の身体状況・希望等により弾力的に対応します。
・昼食	12:00～	13:30	
・夕食	17:30～	19:00	

②入浴

入浴・清拭は、週2回を原則とします。利用者様のペースに配慮します。

・個浴は各ユニットの浴室で、入浴していただきます。

・座位が取れない方でも、機械浴槽4台により安心して入浴できます。

③排泄

排泄の自立を促すため、利用者様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

心身の状況に応じてプランを作成し、機能訓練指導員による訓練により、日常生活を送るために必要な身体機能の維持をお手伝いします。

⑤健康管理

医師（非常勤）または看護職員が日々の健康管理にあたります。

また、急病等の場合は当事業所の配置医師及び協力医療機関等と連携し、速やかに対応いたします。

⑥その他自立への支援

ア.利用者様のペースを尊重しながら、寝たきり防止のため出来る限り離床に配慮します。

イ.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。

ウ.余暇はご本人の希望に沿った過ごし方が出来るよう、趣味・レクリエーションの企画等、適確な支援に努めます。

エ.利用者様及びご家族様からの各種ご相談に対し、生活相談員・介護支援専門員が親身になり対応し、適切な支援とフォローに努めます。

※施設サービス料金・加算については契約書別紙を参照して下さい。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者又は利用者様の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

- ・利用者様に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。
- ・ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましてはその認定証に記載された食費の金額（1日当たり）のご負担となります。

＜食費＞1日

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	一般世帯の方
()内は	300円	390円	650円	1,360円	1,650円
月額概算	(0.9万円)	(1.2万円)	(2.0万円)	(4.1万円)	(4.5万円)

(朝食：450円 昼食：600円(おやつ代を含む) 夕食：600円)

- ・短期入所者以外の方は1日単位で請求させていただきます。

② 居住に関する費用（光熱水費及び室料等）

- ・この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、光熱水費及び室料等をご負担していただきます。
- ・ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された『居住費（滞在費）』の金額（1日当たり）のご負担となります。

＜『居住費（滞在費）』＞1日

負担限度額	第1段階	第2段階	第3段階	一般世帯の方
()内は	880円	880円	1,370円	2,240円
月額概算	(2.5万円)	(2.5万円)	(3.9万円)	(6.6万円)

(*) 第1段階：区市町村民税非課税世帯で高齢福祉年金受給者、生活保護受給者

第2段階：区市町村民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下

第3段階①：区市町村民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下

第3段階②：区市町村民税非課税世帯で合計所得金額と課税年金収入額の合計が120万円超

③ 家電製品使用に係る電気料

テレビ1台	: 1日	30円
テレビ1台(貸出)	: 1日	200円
冷蔵庫1台	: 1日	30円
PC系1台	: 1日	10円
携帯電話・スマホ1台	: 1日	10円

④ 特別な食事・食品(ヨーグルトや栄養補助食品等を含む)

利用者様のご希望に基づいて特別な食事・食品等を提供します(酒類等を含む)。

利用料金: 要した費用の実費

⑤ 理・美容サービス

理美容室において、月2回程度、理容師・美容師の出張によるサービス(調髪・顔剃等)をご利用できます。利用料金: 要した費用の実費

⑥ 介護保険証等の預かりサービス

利用者様又はご家族様のご希望により、以下の証書の預かりサービスをご利用いただけます。

- ・ 介護保険証
- ・ 医療保険証
- ・ 年金手帳

現金、財産等の預かりは致しません。ご本人様、ご家族様等の責任にて管理をお願いします。

⑦ レクリエーション、クラブ活動、行事

ご契約者又は利用者様のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金: 材料代等の実費をいただきます。

⑧ 複写物の交付 白黒1枚: 10円

⑨ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等利用者様の日常生活に要する費用でご契約者又は利用者様にご負担いただくことが適当であるものに係る費用。

日常生活品(基本)	: 実費
〃 (施設管理希望)	: 1日130円

*おむつ代は、介護保険給付対象となっておりますのでご負担の必要はありません。ただし当事業所指定のおむつ以外をご希望の場合、実費を徴収させていただきます。

⑩ 買い物サービス

週1回程度の買い物サービスをしております。 1回: 330円

- ⑪ ご契約者又は利用者様が、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(1日当り)を徴収させていただきます。

【特別養護老人ホーム木もれ日苑】

利用者様の要介護度	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
料 金	6,700 円	7,400 円	8,150 円	8,860 円	9,550 円

*『居住費(滞在費)』についても1日当りの料金を該当期間分お支払いいただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、毎月末締めで計算し、翌月15日頃までに請求書を送付いたします。

- ◆お支払い方法：原則として毎月27日にご指定口座からの自動引落としとさせていただきます。引き落としが出来ない方は振込となります。支払い時の手数料はご本人様(ご家族様)の負担となります。

6. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団高邦会 高木病院
所在地	福岡県大川市酒見141-11
電話番号	0944-87-0001
FAX番号	0944-87-9310
診療科	内科、外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、整形外科、婦人科、リハビリテーション科、脳神経外科、眼科、精神科、歯科口腔外科他

医療機関の名称	医療法人社団高邦会 みずま高邦会病院
所在地	福岡県三潞郡大木町八町牟田1621-1
電話番号	0944-87-8880
FAX番号	0944-87-1711
診療科	内科、循環器科、胃腸科、リハビリテーション科

医療機関の名称	医療法人社団高邦会 有明クリニック
所在地	福岡県大川市酒見215-1
電話番号	0944-85-8080
FAX番号	
診療科	内科、訪問診療

協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団高邦会 高木病院歯科
所在地	福岡県大川市酒見141-11
電話	0944-87-0591

7. 緊急時の対応方法

利用者様の容態に急変があった場合は、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに、協力医療機関または利用者様の指定する医療機関に連絡する等、必要な措置を講じます。ただし費用に関してはご利用者様等のご負担となります。

8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了し、利用者様に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定により利用者様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、利用者様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当事業所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 ご契約者又は利用者様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 事業者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。）
- ⑦ 利用者様が死亡された場合

(1) ご契約者又は利用者様からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であってもご契約者又は利用者様より、当事業所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1か月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 利用者様が入院された場合
- 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又は過失によりご利用者の身体・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 他の利用者様が利用者様の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当するに至った場合には、事業者はご契約者または利用者様に対して1か月の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除し、利用者様に退所を求めることができます。

- ① ご契約者又は利用者様が、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 ご契約者又は利用者様による、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 ご契約者又は利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者様等の生命・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 利用者様が連続して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 利用者様が他の施設に入所した場合
- ⑥ ご契約者が事業者に退所の申し出の通知を行わずに、利用者様が居室から退去された場合には、事業者はご契約者の解約の意思を確認し、ご契約者が解約の意思を表明した場合、その意思を表した日をもって、本契約は解約されたものとします。

※利用者様が病院等に入院、外泊された場合の対応について

<6日間（入院、外泊の開始日及び終了日を除く）以内の短期入院、外泊の場合>

- ・退院、外泊後再び施設に入所することができます。
- ・ただし、入院、外泊期間中であっても、入院等で居室を開けておく場合は、以下の利用料金をご負担いただきます。

（1日あたり246円（外泊時費用）＋居住費）×日数分

介護負担限度額認定証の第1～3段階の方は、6日目までは負担限度額認定証の金額が適用されます。

- ・なお、入院・外泊の開始日及び終了日は所定の利用料金をご負担いただきます。

< 7日間以上3ヶ月以内の入院の場合 >

- ・ 3ヶ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。
 - ・ 入院等をされた場合でも、居室を開けておく場合は該当日数分の居住費をご負担いただけます。
- 介護負担限度額認定証の第1～3段階の方は、7日目からは負担限度額認定証の金額が適用されませんので、所定の居住費をご負担いただけます。

< 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合 >

- ・ 3ヶ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、当事業所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

利用者様が当事業所を退所する場合には、ご契約者又は利用者様の希望により、事業者は利用者様の心身の状況、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利用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

9. 身元引受人

契約締結にあたり、特別養護老人ホーム利用契約書第23条に基づき、身元引受人兼連帯保証人を選定していただきます。利用者様が退所を申し出た場合、死亡した場合、その他の事由により当事業所を退所する場合の身元引受け及び施設管理規定に違反した場合など施設からの相談等について対応していただきます。

また債務履行に伴う極度額は 60万円（月額利用料 4か月相当分） とします。

10. 施設利用にあたっての留意事項

面 会	面会時間 午前10:30～午後3:00 1階受付にて、面会簿にご記入ください。
外 泊	3日前までに外泊届をご提出ください。変更の場合は必ずご連絡ください。ただし外泊時も居住費はご負担いただけます。
外 出	外出する前に外出届をご提出ください。
宗教・政治・ 営利活動の禁止	施設内での左記の活動は禁止させていただきます。
喫煙・飲酒	館内禁煙です。喫煙・飲酒は所定の場所でお願ひします。必要により職員がお預かりする場合があります。また体調等の状況により制限させていただく場合もあります。

連絡先の確認	緊急時などの連絡先が変更になった場合は、生活相談員にご連絡ください。
損害賠償	居室・設備品・器具の使用は本来の用法に従ってご利用ください。これに反して使用し破損等が発生した場合賠償していただく場合があります。また利用者様及びご家族等の責めに帰すべき事由により、他の利用者様、職員、施設の運営・財産等へ損害を与えた場合はその賠償責任が生じる場合があります。
所持品の管理	最低限度の所持品は持ち込み可能ですが、紛失・破損等の心配がありますので、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。また、火災の発生等危険防止の為火気厳禁ですので電気・石油ストーブ等のお持ち込みはご遠慮下さい。
ペットの持込み	禁止をお願いいたします。
安全衛生の遵守	施設ご利用にあたっては安全・衛生にご協力ください。

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所の苦情受付窓口

苦情受付担責任者	生活相談員 竹田 豪
受付時間	毎週月曜日～金曜日 9時00分～17時00分
苦情解決責任者	施設長 秋山 健太郎
電話番号	0944-85-8001
第三者委員	福岡 聡一郎（連絡先096-351-8380） 内藤 幹彦（連絡先090-1923-3570）

* 「ご意見箱」をエントランスホールに設置しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福岡県国民健康保険 団体連合会 苦情相談窓口	所在地	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号
	電話番号	092-642-7859
	FAX	092-642-7857
	受付時間	9:00 ~ 17:00
大川市健康課 介護保険係	所在地	大川市酒見 256-1
	電話番号	0944-85-5522
	FAX	0944-86-8485
	受付時間	9:00 ~ 17:00

(利用者の管轄保険者) 大川市健康課 介護保険係	所在地	大川市酒見 256-1
	電話番号	0944-85-5522
	FAX	0944-86-8485

12. 入居者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況について

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	あり		
関係機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

13. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「木もれ日苑消防計画」により対応します。		
平時の訓練	別途定める「木もれ日苑消防計画」にのっとり、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難・防災訓練を、利用者の方も参加していただき実施いたします。		
防災設備	・自動火災報知器 ・スプリンクラー設備 ・非常用電源	・防火扉 ・ガス漏れ報知器 ・消火器	・誘導灯 ・非常通報装置 ・屋内消火栓等
防火管理者	秋山 健太郎		

14. 虐待の防止に関する措置

虐待防止に関する責任者	責任者：施設長 秋山 健太郎
虐待防止のために講じる措置	<ol style="list-style-type: none"> 施設における高齢者虐待を未然に防止するため、倫理綱領、行動規範等を定め、職員に周知徹底を図る。 虐待防止の啓発・普及するための研修を実施し、普段から人権意識を高め合わせて資質の向上を図る。

15. 事故発生時の対応

当事業所のサービス提供により事故が発生した場合は、あらかじめ届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに関係諸機関へ連絡を行い、必要な措置を講じます。

当事業所のサービスの提供により、施設の法的根拠のある責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、施設が加入する保険の範囲内において速やかに損害賠償を行います。

16. 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所は利用者の記録や情報を適切に管理し利用者やご家族の求めに応じてその内容を開示します(開示に際し必要な諸費用は利用者の負担となります)。

当事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 施設サービス計画
 - (2) サービス提供の具体的な内容
 - (3) 事故の状況及び事故に際しての対応
- ◆ 保存期間は、サービス提供完了日から2年間です。
 - ◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前9:00～午後5:00です。

以上

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム木もれ日苑

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。

説明者：職名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

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、ユニット型介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

住 所 _____

ご契約者氏名 _____ 印 _____

ご利用者氏名 _____ 印 _____

この重要事項説明書は、厚生省令第 39 号(平成 11 年 3 月 31 日)第 4 条の規定に基づき、入所申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。一部変更になることがありますので、ご了承ください。