

「介護老人福祉施設」重要事項説明書

令和3年8月1日改定

令和4年10月1日改定

令和5年2月17日改定

令和5年6月1日改定

当施設は介護保険の指定を受けています。

(福岡市指定 第 4071105474 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. 事業者	2
2. 施設の概要	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 契約締結からサービス提供までの流れ	7
7. サービス提供における事業者の義務	8
8. 損害賠償について	8
9. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	8
10. 残置物引取人	10
11. 苦情の受付について	10
12. 事故発生時の対応について	12
13. 非常災害対策	12
14. 看取りに関する指針	12
15. 守秘義務	12
16. 個人情報の利用目的	13
重要事項説明書付属文書	14～15

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 ^{けいこうかい} 恵光会
- (2) 法人所在地 福岡県福岡市南区若久 2 丁目 6 番 1 号
- (3) 電話番号 092-551-2431
- (4) 代表者氏名 理事長 久原 伊知郎
- (5) 設立年月 平成 26 年 7 月 15 日

2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 ユニット型介護老人福祉施設
令和元年 11 月 1 日指定 福岡市第 4071105474 号
- (2) 施設の目的 身体的・精神的に障害がある為、常時の介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な方に、指定介護福祉施設サービスを提供します。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 光の丘
- (4) 施設の所在地 福岡県福岡市南区若久団地 9 番 1 号
- (5) 電話番号 092-984-0012 FAX 番号 092-984-0022
- (6) 管理者 氏名 小田本 久子
- (7) 施設の運営方針

社会福祉法人恵光会は、人が人らしく、自立と尊厳をもった生活が送れる様に総合的

な生活援助を実践する事を目的とします。

特別養護老人ホーム光の丘では明るく家庭的な環境で利用者が、ご家族や施設の職員と共に、自立と尊厳のある生活を、安心して送ることができるサービスの提供に、努めて行く事で、福岡市やこの地域に貢献できればと考えています。

(8) 開設年月 令和元年 11 月 1 日

(9) 入所定員 全室個室ユニット型特養 63 名

3. 居室の概要

(1) 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（短期入所生活介護事業も含む）。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。

各ユニットの内訳

9 室×7 ユニット

* 併設ショートステイ 9 室(4 階東側ユニット)

◆ユニット型特養

居室・設備の種類	室数	備 考
個室（1 人部屋）	63 室	洗面所、トイレ付
食堂	7 室	
浴室	9 室	特殊浴室・個浴を含む
洗面所	70 箇所	居室外 7 箇所を含む
福祉トイレ	7 箇所	多目的 3 箇所
キッチン	7 箇所	
医務室	1 室	
相談室	1 室	
談話室	1 室	

※上記は、厚生労働省が定める基準により、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。

(2) 防犯カメラについて

当施設では、ご契約者の安心と安全な環境の確保、犯罪等の抑止を目的に防犯カメラを設置し、録画を行っています。

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、指定基準を厳守しています。

職 種	常勤	非常勤	指定基準
1. 施設長（管理者）	1 名		1 名
2. 介護職員（ユニット型）	21 名以上		21 名
3. 生活相談員	1 名以上		1 名

4.	看護職員（ユニット型）	3名以上		3名
5.	機能訓練指導員	1名以上		1名
6.	介護支援専門員	1名以上		1名
7.	医師		1名	必要数
8.	管理栄養士	1名		1名

<主な職種の勤務体制>

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、

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (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。

職種	勤務形態	勤務時間	職種	勤務形態	勤務時間
看護師	早出	7：30～16：00	介護士	早出	7：30～16：00
	日勤	8：30～17：00		日勤	8：30～17：00
	遅出1	9：30～18：00		遅出1	9：30～18：00
	遅出2	10：30～19：00		遅出2	10：30～19：00
	夜勤	16：30～ 9：00		夜勤	16：30～ 9：00
事務員	日勤	8：30～17：00	生活相談員	日勤	8：30～17：00
管理栄養士	日勤	8：30～17：00	⁶ 機能訓練指導員	日勤	8：30～17：00

(1) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き、通常7割から9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①居室の提供

②食事

- ・ 当施設では、管理栄養士の作成する栄養ケアマネジメントにより、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。（保温食器使用）

- ・ ご契約者の自立支援のため離床し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：8：00～8：45 昼食：12：00～13：00 夕食：17：30～18：30

③入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回程度行います。
- ・ 重症度の高い入所者の方は特殊浴槽を使用する等により入浴が可能な場合があります。

④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。

⑤機能訓練

- ・ 理学療法士・作業療法士等により、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維持・改善、又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・ 医師（配置医）や看護職員が、健康管理を行います。
- ・ 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。

⑦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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

（２）（１）以外のサービス（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（お酒を含みます。）

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：要した費用の実費をいただきます。

②理髪・美容

[理美容サービス]

月に２回、理美容師の出張による理美容をご希望によりご利用いただけます。

利用料金：実費をいただきます。

③レクリエーション・行事、サークル活動

ご契約者の希望によりレクリエーション行事やサークル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。

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の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。（一部 10 円）

⑤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ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者の嗜好に係るものについては個人購入となります。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

(3) <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第5条参照）

下記の料金表によって、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）と居住費及び食事に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

■ユニット型特養

（1単位=10.45円）令和3年8月改定

1. ご契約者の要介護度（単位数）とサービス利用料金	要介護1 (652単位) 6,813円	要介護2 (720単位) 7,524円	要介護3 (793単位) 8,286円	要介護4 (862単位) 9,007円	要介護5 (929単位) 9,708円
2. サービス利用に係る自己負担額 ※1 割負担の場合	682円/日	753円/日	829円/日	901円/日	971円/日
3. サービス利用に係る自己負担額 ※2 割負担の場合	1,363円/日	1,505円/日	1,658円/日	1,802円/日	1,942円/日
4. サービス利用に係る自己負担額 ※3 割負担の場合	2,044円/日	2,258円/日	2,486円/日	2,703円/日	2,913円/日
5. 居室に係る自己負担額	2,006/日				
6. 食事に係る自己負担額	1,445/日				
（補足給付額）	第1段階 300円/日 第2段階 390円/日 第3段階①650円/日 第3段階②1,360/日				

7. 自己負担額合計 (1 割) (2+5+6)	4,080 円/日	4,151 円/日	4,227 円/日	4,299 円/日	4,369 円/日
8. 自己負担額合計 (2 割) (3+5+6)	4,761 円/日	4,903 円/日	5,056 円/日	5,200 円/日	5,340 円/日
9. 自己負担額合計 (3 割) (4+5+6)	5,442 円/日	5,656 円/日	5,884 円/日	6,101 円/日	6,311 円/日

■加算(ユニット型個室)

(1 単位=10.45 円)

加算項目	単位数	利用料金	負担額 (1 割負担)	負担額 (2 割負担)	負担額 (3 割負担)
日常生活継続支援加算	46 単位/日	480 円	48 円	96 円	144 円
看護体制加算 (I)イ	4 単位/日	41 円	5 円	9 円	13 円
看護体制加算 (II)イ	8 単位/日	83 円	9 円	17 円	25 円
生活機能向上連携加算 (I)	100 単位/月	1,045 円	105 円	209 円	314 円
生活機能向上連携加算 (II)	200 単位/月	2,090 円	209 円	418 円	627 円
個別機能訓練加算 (I)	12 単位/日	125 円	13 円	25 円	38 円
個別機能訓練加算 (II)	20 単位/日	209 円	21 円	42 円	63 円
若年性認知症入所者受入加算	120 単位/日	1,254 円	126 円	251 円	377 円
常勤医師配置加算	25 単位/日	261 円	27 円	53 円	79 円
精神科医師配置加算	5 単位/日	52 円	6 円	11 円	16 円
障害者生活支援体制加算	26 単位/日	271 円	28 円	55 円	82 円
	41 単位/日	428 円	43 円	86 円	129 円
外泊時加算	246 単位/日	2,570 円	257 円	514 円	771 円
初期加算	30 単位/日	313 円	32 円	63 円	94 円
再入所時栄養連携加算	400 単位/回	4,180 円	418 円	836 円	1,254 円
退所時等相談支援加算	400 単位/回	4,180 円	418 円	836 円	1,254 円
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	114 円	12 円	23 円	35 円
経口移行加算	28 単位/日	292 円	30 円	59 円	88 円
経口維持加算	400 単位/月	4,180 円	418 円	836 円	1,254 円
	100 単位/月	1,045 円	105 円	209 円	314 円
口腔衛生管理加算 (I)	90 単位/月	940 円	94 円	188 円	282 円
口腔衛生管理加算 (II)	110 単位/月	1,149 円	115 円	230 円	345 円
療養食加算	6 単位/回	62 円	7 円	13 円	19 円
配置医師緊急時対応加算	650 単位/回	6,792 円	680 円	1,359 円	2,038 円
	1300 単位/回	13,585 円	1,359 円	2,717 円	4,076 円
看取り介護加算 (II)	72 単位/日	752 円	76 円	151 円	226 円
	144 単位/日	1,504 円	151 円	301 円	452 円
	780 単位/日	8,151 円	816 円	1,631 円	2,446 円
	1580 単位/日	16,511 円	1,652 円	3,303 円	4,954 円
在宅復帰支援機能加算	10 単位/日	104 円	11 円	21 円	32 円
在宅・入所相互利用加算	40 単位/日	418 円	42 円	84 円	126 円
認知症専門ケア加算 (I)	3 単位/日	31 円	4 円	7 円	10 円
認知症専門ケア加算 (II)	4 単位/日	41 円	5 円	9 円	13 円

認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位/日	2,090 円	209 円	418 円	627 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位/月	31 円	4 円	7 円	10 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位/月	135 円	14 円	27 円	41 円
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	6 単位/日	62 円	7 円	13 円	19 円
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	10 単位/月	104 円	11 円	21 円	32 円
排せつ支援加算(Ⅰ)	10 単位/月	104 円	11 円	21 円	32 円
排せつ支援加算(Ⅱ)	15 単位/月	156 円	16 円	32 円	47 円
排せつ支援加算(Ⅲ)	20 単位/月	209 円	21 円	42 円	63 円
ADL 維持等加算(Ⅰ)	30 単位/月	313 円	32 円	63 円	94 円
ADL 維持等加算(Ⅱ)	60 単位/月	627 円	63 円	126 円	189 円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位/日	229 円	23 円	46 円	69 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日	188 円	19 円	38 円	57 円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/日	62 円	7 円	13 円	19 円
安全対策体制加算	20 単位/日	209 円	21 円	42 円	63 円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40 単位/日	418 円	42 円	84 円	126 円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60 単位/日	627 円	63 円	126 円	189 円
介護職員処遇改善加算	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数の 8.3%				
介護職員等特定処遇改善	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数の 2.3%				
ベースアップ等支援加算	基本サービス費に各種加算を加えた総単位数の 1.6%				

※上記の加算につきましては、当該事業所が厚生労働省の定める加算要件を満たした場合に加算されます。又、職員体制の変動等により変更させていただく事があります。

※利用料金を換算する際に生じる 1 円未満の端数については、「切り捨て」となります。又、自己負担額を換算する際に生じる 1 円未満の端数については、「切り上げ」となります。

※介護職員処遇改善加算を換算する際に生じる 1 単位未満の端数については、「四捨五入」となります。

※自己負担額について、上記の金額は、厚生労働省が定める介護報酬単位に、当該事業所における地域区分の単価（1 単位 = 10.45 円）を乗じた金額を基に算出した金額です。実際の請求では、1 月あたりの総介護報酬単位に地域区分の単価を乗じるため、具体的な金額には多少の差異が生じる事がありますのでご了承ください。

☆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。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方が対象となります。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記（１）、（２）、（３）の料金・費用は、原則お振込みとさせていただきます。1 か月ごとに計算し、請求書を毎月 10 日までに発送しますので当月 27 日までに指定口座にお振込みください。尚、振込手数料はご契約者の負担になります。（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。）

○振込先口座

西日本シティ銀行 高宮支店 普通 3099831

名義人：社会福祉法人恵光会 理事長 久原 伊知郎

（５）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はありません。）

① 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人恵光会原病院
所在地	福岡市南区若久 2-6-1
診療科	内科、消化器内科、循環器内科、整形外科、脳神経外科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人恵光会原病院
所在地	福岡市南区若久 2-6-1
診療科	歯科、口腔外科

6. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第 2 条参照）

- ① 当施設の介護支援専門員（ケアマネジャー）に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。
- ② その担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。
- ③ 施設サービス計画は、原則として要介護認定有効期間内に 1 回、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。
- ④ 施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

7. サービス提供における事業者の義務（契約書第7条、第8条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の60日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ 契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員であった者は、業務上知り得たご契約者又はご家族の個人情報については、ご契約者又は第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後も第三者に漏洩しません。（個人情報の保護）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

* 転倒骨折等の危険性日常生活上に起こりうる生理的限界について

当施設では転倒等のリスク管理について安全管理マニュアル等により日々安全性の向上に努めております。しかしながら、当施設ご利用中もまた、在宅での日常生活時と同様にご入所者の加齢は確実に進行しています。入所中の日々の身体状況や、その日のご体調の変化等によっては、施設での日常生活上にも、高齢者特有の生理的限界による転倒等を免れない状況が発生する事が考えられます。

常に身体の状態が変化している事をご本人、又ご家族の方も同様にご留意下さい。

8. 損害賠償について（契約書第10条、第11条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約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いたします。

個人情報の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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

9. 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になります。（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。）

（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個人情報の保護に違反した場合
- 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）（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- 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 3 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者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 1 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、介護医療院に入院した場合

*** 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、短期入院の場合

1 か月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 13 泊）の短期入院の

場合は、退院後再び施設に入所する事ができます。但し、入院期間中であって且、所定の

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、1 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出来ます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した

場合は、退院時に上記の条件が満たされていない場合は、以降の上記の短期入院の

③ 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

〈入院期間中の利用料金〉

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、ご契約者が用意していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(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、事業者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

10. 残置物引取人（契約書第 20 条参照）

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、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、「残置物引取人」を定めていただきます。

当施設は、「残置物引取人」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。

※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

11.苦情の受付について（契約書第 22 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。

○苦情解決責任者

[職名] 施設長 小田本 久子

○苦情受付窓口（担当者）

[職名] 介護係長 小島 孝文

○第三者委員

[職名] 監事 辻 隆志 TEL 090-7479-5492

[職名] 評議員 神武 美枝子 TEL 090-5739-5276

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 10：00～16：00

また、苦情受付ボックスを設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○保険者 福岡市役所 事業者指導課 住所：福岡市中央区天神 1 丁目 8 の 1

電話番号：092-711-4319 FAX 番号：092-733-5587

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市東区福祉・介護保険課 住所：福岡市東区箱崎 2 丁目 5 4 の 1

電話番号：092-645-1061 FAX 番号：092-631-2191

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市城南区福祉・介護保険課 住所：福岡市城南区鳥飼 6 丁目 1 の 1

電話番号：092-833-4105 FAX 番号：092-822-2133

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市博多区福祉・介護保険課 住所：福岡市博多区博多駅前 2 丁目 19 の 24

大博センタービル 3 階

電話番号：092-419-1081 FAX 番号：092-441-1455

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市早良区福祉・介護保険課 住所：福岡市早良区百道 2 丁目 1 の 1

電話番号：092-833-4355 FAX 番号：092-831-5723

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市中央区福祉・介護保険課 住所：福岡市中央区大名 2 丁目 5 の 3 1

電話番号：092-718-1102 FAX 番号：092-771-4955

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市南区福祉・介護保険課 住所：福岡市南区塩原3丁目25の3

電話番号：092-559-5125 FAX番号：092-512-8811

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

福岡市西区福祉・介護保険課 住所：福岡市西区内浜1丁目4の1

電話番号：092-895-7088 FAX番号：092-881-5874

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

○福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課

住所:福岡市博多区吉塚本町13番47号福岡県国保会館

電話番号：092-642-7859 FAX番号 092-642-7857

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

○福岡県社会福祉協議会 住所 福岡県春日市原町3丁目1番地7

電話番号 092-584-3377 FAX092-584-3369/3381

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

(3) 虐待相談、通報等受付窓口

福岡市福祉局 高齢社会部 事業者指導課 住所：福岡市中央区天神1丁目8の1

電話番号：092-711-4319 FAX番号：092-726-3328

受付時間 9：00～17：00（土・日・祝日・年末年始を除く）

12. 事故発生時の対応について（契約書第23条参照）

- (1) 施設では、ご契約者に対する指定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、ご契約者の家族等に連絡します。
- (2) 当施設では、事故発生時の対応及び事故発生防止のための指針を整備します。
- (3) 当施設では、事故分析による改善策を従業員に周知徹底させ、事故発生防止のための定期的な委員会及び研修を行います。

13. 非常災害対策

当施設は、規定に基づき、非常災害の防止とご契約者の安全確保に努めます。また、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を行います。

14. 看取りに関する指針

利用者が医師の判断のもと、回復の見込みがないと判断された時に、利用者または家族が特別養護老人ホーム光の丘において看取り介護を希望された際には、以下の考え方のもと看取り介護の実施に努めていきます。

- (1) 特別養護老人ホーム光の丘は、「死」は「生」の延長線上にあるものであると認識していることから、「死ぬこと」だけを前提とした支援ではなく、日常的なケアの延長線上として、最後まで利用者の「生きること」を支えることに努めます。
- (2) 特別養護老人ホーム光の丘では、高齢期は人生が完結する大切な時であると認識、誰もが「最後まで幸せでありたい」というごく当たり前の願いを実現できるように努めます。その中で、利用者の自己決定と尊厳を守りながら、安らかな最期を迎えるために、以下に示す看取り体制のもと、看取り介護の実施に努めていきます。

- (3) その人らしい最期を迎えるためには、本人の意向を尊重することは当然として、家族、スタッフ、関係する人々の思いを一つにすることが必要です。本人が望む、または望むと思われる最期の迎え方を関係する周囲の人々が同じ気持ちで看取り介護に当たることに努めていきます。

15. 守秘義務

事業所及びサービス従事者又は従業員は、介護老人福祉施設サービスを提供するうえで知り得た契約者又はその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

16. 個人情報の利用目的に関して

特別養護老人ホーム光の丘では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔特別養護老人ホーム内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関へのレセプトの提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - － 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - － 当施設において行われる学生の実習への協力
 - － 当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - － 外部監査機関への情報提供

17. 第3者評価の実施

令和4年度未実施。※R4年8月1日に福岡市指定介護老人福祉施設事業評価(自主点検)実施する。

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上4階建て

(2) 建物の延べ床面積 2,089.56 m²

(3) 併設事業

[指定(介護予防)短期入所生活介護]	令和元年11月1日指定	福岡市第4071105474号
[指定看護小規模多機能居宅介護]	令和元年11月1日指定	福岡市第4091100513号
[指定認知症対応型共同生活介護]	令和元年11月1日指定	福岡市第4091100505号

(4) 事業所の周辺環境

所在地の用途地域は第一種中高層住居専用地域です。

(建ぺい率/60%・容積率/150%)

周囲は公道があり、戸建て民家に隣地しています。施設の北側と南側にはそれぞれ公園が整備されています。近隣

は小学校や幼稚園、医療機関等があり、高い利便性と落ち着いた環境を併せ持つ地域です。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

介護職員... ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
・3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

生活相談員... ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
・1名以上の生活相談員を配置しています。

看護職員... 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。
・3名以上の看護職員を配置しています。

理学療法士または作業療法士...
ご契約者の機能訓練を担当します。

・1名以上の理学療法士・作業療法士を配置しています。

介護支援専門員... ご契約者に係る施設サービス計画書（ケアプラン）を作成します。
・1名以上の介護支援専門員を配置しています。

医師（配置医）... ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
・1名の医師（非常勤・配置医）を配置しています。

3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守

り下さい。

(1) 持ち込みの制限

利用にあたり、原則として持ち込むことができないものがあります。(例：ライター、マッチ等) 詳細はお問合せください。

(2) 施設・設備の使用上の注意 (契約書第 12 条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人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。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

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。

指定ユニット型介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 光の丘

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、指定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 _____ 印

契約者代理人 契約者との間柄 ()

住 所 _____

氏 名 _____ 印

