

社会福祉法人 和敬会倶楽部
特別養護老人ホーム ふくろうの杜

重要事項説明書

小規模生活単位型指定介護老人福祉施設
社会福祉法人和敬会倶楽部 特別養護老人ホーム ふくろうの杜
重要事項説明書

当施設はご入居者に対して指定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通り説明します。

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 和敬会倶楽部
法人所在地	岐阜県中津川市苗木4002番地
電話番号	0573-62-1250
代表者氏名	上田 範子
設立年月日	平成16年7月6日

2. ご利用施設

施設の種類の	小規模生活単位型指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）平成17年7月1日指定 2171500602
小規模生活単位型施設とは・・・	全室個室・ユニットケア型の特別養護老人ホームのことを言います。 ユニットケアとは、10人前後の入居の方をひとつのグループ（ユニット）とし、ご自宅に近い居住環境の中で介護を行う方法で、できるだけ入居の方、一人一人の個性や生活リズムに沿った日常生活を送っていただくことを目的としています。
施設の名称	特別養護老人ホーム ふくろうの杜
施設の所在地	岐阜県中津川市苗木4002番地
電話	0573-62-1250
FAX	0573-62-1253
施設長氏名	上田 範子
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・施設計画サービスに基づき、可能な限り、入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。このことにより、入居者がある能力に応じ、自立した日常生活を営むことができることを目指します。 ・入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場にたってサービスを提供するよう努めます。 ・明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保健施設、保健医療サービス、福祉サービスの提供者との綿密な連携に努めます。
開設年月日	平成17年7月1日
入居定員	90人

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。入居される全部屋は個室です。入居されるお部屋については、ご入居者の心身の状況や空き状況により決定いたしますので、ご希望に沿えない場合があります。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	90室	10室にて1ユニットを構成
キッチン付食堂	9室	1ユニットに1箇所リビングとして設置
機能訓練設備	1室	2階に設置
浴室	6室	機械浴（1階）椅子浴、一般浴（各ブロック）
診療所	2室	2階（メイン）、3階（サブ）と2箇所設置
その他		地域交流スペース、居酒屋兼喫茶コーナー 理美容室（3階診療所と兼用）

○居室の変更について

原則として、居室の変更希望の申し出がありましても変更はいたしません。但し、入居者心身の状況などにより、止むを得ないと判断した時に居室を変更する場合があります。その際には、入居者やご家族と協議のうえ、決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、入居の方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遵守しています。

職種	人数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	34名以上	34名
4. 看護職員	4名以上	4名
5. 機能訓練指導員	1名（看護師兼務）	1名
6. 介護支援専門員	1名以上	1名
7. 嘱託医師	2名（非常勤）	1名
8. 管理栄養士	1名以上	1名

《主な職種の勤務体制》

職種	勤務体制
嘱託医師	週2日。その他必要に応じて。
介護職員	ユニット別勤務形態表による。
看護職員	日中 8:00～18:30（夜間は待機にて対応）
相談員	日中 8:30～17:30

※ 土・日・祝日の勤務は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

1. 介護保険の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9割（一定以上の所得のある方は8割、現役並みの所得のある方は7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

入浴

- ・入浴または清拭の援助を入居者の意向に応じて週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

排泄

- ・排泄の自立を促すため、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

機能訓練

- ・入居者の心身等の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復または、その減退を防止するための訓練を、日常生活にて行います。

健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。医師は、すべての方を毎月1回、定期的に診察します。体調に変化のある場合は、その都度診察します。急変があれば、看護職員は業務用電話、あるいは携帯電話により医師へ連絡します。夜間は看護職員が交代で待機をして入居者の急変に対応します。看護職員が、自分では対応できないと判断した急変の場合には、携帯電話により医師へ連絡します。なお、必要な場合は、医師の判断により協力医療機関へ紹介します。

その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うように配慮します。
- ・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。

基本介護サービス費 ※ 料金表別添資料①参照

厚生労働大臣の定める介護報酬単価に順ずる料金

利用者負担

要介護1	670円/日
要介護2	740円/日
要介護3	815円/日
要介護4	886円/日
要介護5	955円/日

算定要件に適合した場合に給付の対象となるサービス（各種加算）

算定要件と利用者負担額については、料金表別添資料①参照

※ 基本介護サービス費や各種加算における利用者負担額について、介護保険からの給付額が8割（利用者負担割合が2割）の方は利用者負担額が2倍に、7割（利用者負担が

3割)の方は3倍になります。

介護保険からの変更があった場合、変更された額に合わせて、ご負担金を変更します。また、要介護度に変更が生じた場合は、変更後の介護度が有効となる日（認定有効期間の初日）から、変更後の介護度に応じた額をご負担いただきます。

2、介護保険の給付対象外のサービス

(1) ユニット（居室）の提供

個室化・ユニットケアの提供に伴い、居住部分の「家賃」にあたる経費を居住費としてご負担いただきます。

※ 料金表別添資料②参照

(2) 食事の提供

「食材料費」＋「調理費」相当を食費としてご負担いただきます。

※ 料金表別添資料②参照

(3) 日用品費

個々のユニットにおける、選択のなかで購入する日用品に係る費用。

1日あたり100円（ユニット費）

(4) 教養娯楽費

個々のユニットにおける、選択のなかでの教養娯楽に係る費用。

1日あたり100円（ユニット費）

(5) 事務管理費（預り金の管理）

ご入居者の利用料金以外の支払いを施設にて代行させていただいております。

預り金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。

出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご入居者またはご家族へ交付します。

保管管理者：事務課長

事務管理料：1日あたり：30円

(6) その他の日常生活費等（個別サービス利用料金）

ご入居者またはそのご家族の自由な選択希望に基づき提供させていただいたサービスについては、別途ご負担いただきます。

※ 料金表別添資料②参照

(7) その他

① 入居者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了から現実に居室が明け渡されるまでの期間にかかる料金（1日あたり）

契約書19条に定める所定の料金

ご入居者の要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
料 金	11,810円	12,520円	13,220円	13,930円	14,530円

② 6日以上の入院中、外泊中にかかる費用

居住費 1日あたり 2,960円

③ 契約者が死亡してから居室を明け渡すまでにかかる費用

居住費 1日あたり 2,960円

④ 各種申請手続きの代行

以下の申請手続きは、入居者本人またはご家族からの要望があれば当方で手続きを代行させていただくことができます。

〈主なもの〉

- ・ 要介護認定の更新申請及び認定調査立会い
- ・ 高額医療介護合算療養費等支給申請
- ・ 福祉医療費受給者証更新申請
- ・ 介護保険負担限度額認定申請 他

3、利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(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。)

ア、 金融機関口座からの自動引落

お手持ちの金融機関口座から対応させていただきます。

(一部対応できない金融機関もあります。)

イ、 下記指定口座への振込み

振込先口座 十六銀行 中津川支店
普通預金 1545206
社会福祉法人 和敬会倶楽部
理事長 上田 範子

4、病院等に入院された場合の対応について

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合、入居者に医療行為が必要になった場合はご入居者及びご家族等と協議した上で、契約を解除することがあります。または、3か月以内に退院された場合であっても再び同一の疾病で退院から3か月以内に再入院し、その後1か月以内の退院が見込まれない場合においても、入居者及びご家族等と協議した上で契約を解除することがあります。

これらの場合には、施設を退所していただくこととなりますが、退所にあたって必要な援助をさせていただきます。

6. 苦情・要望の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

苦情・ご要望・ご意見など、お気軽に下記担当者までご相談下さい。

- 苦情受付窓口（担当者） 特養生活相談員 安江 一寿
特養介護課長 眞田 恵
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30
- 苦情対応責任者 統括施設長 上田 範子
- 第三者委員 ①鈴木 智雄（連絡先 0573-69-3153）
②神谷 玲子（連絡先 0573-69-3642）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

中津川市高齢支援課	所在地 岐阜県中津川市かやの木町2-1 電話番号 (0573) 66-1111 FAX (0573) 62-0058 受付時間 午前8時30分～午後5時
岐阜県国民健康保険団体連 合会（介護保険課）	所在地 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号 電話番号 (058) 275-9825・9826 FAX (058) 275-7635 受付時間 午前8時30分～午後5時

7. 第三者評価について

提供するサービスの第三者評価実施状況は以下のとおりです。

実施の有無	あり
実施した直近の年月日	令和5年10月20日
実施した評価機関の名称	岐阜県社会福祉協議会 岐阜県指定情報公表センター
評価結果の開示状況	介護サービス情報公表システムのホームページで公表

8. 緊急時の対応について

当施設においてご入居者の状態に急変が生じた場合には、入居の際にお伺いしておりますご家族の意向にそって対応させていただきます。

9. 看取り介護について

ご入居者又はご家族が、終末期をふくろうの杜で過ごすことを希望した場合、ふくろう

の杜看取りに関する指針に則り、看取り介護を実施させていただきます。

※ 看取りに関する指針参照

ふくろうの杜では看取りの際、主体となるのはご家族であると考えております。

看取りが間際と判断された時には、夜間だけでもご家族に泊まって頂きます。

交代で看取りをする為の控え室、簡易ベッド、寝具、食事の提供といった用意もありますのでお声掛け下さい。

使用料金（家族親族等）

和室使用料	一日	1,000	円
簡易ベッド、寝具	一式	500	円
食事	朝食	420円	昼食 660円 夕食 550円

10. 身体拘束の禁止について

介護保険施設は運営基準により入居者の身体的拘束や行動制限等の行為は禁じられています。当施設でも下記に挙げる行為は緊急やむをえない場合を除いて行いません。

- 1、徘徊しないように、車椅子やベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- 2、転落しないように、ベッドに体幹や四肢を紐等で縛る。
- 3、自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4、点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢を紐等で縛る。
- 5、点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋をつける。
- 6、車椅子や椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7、立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8、脱衣やオムツはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 9、他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢を紐等で縛る。
- 10、行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- 11、自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

[緊急やむを得ない場合に身体拘束等を行う際の手続きについて]

- ① 緊急やむを得ない場合に該当する三要件（切迫性、非代替性、一時性）について、身体拘束等適正化検討委員会で協議します。
- ② 三要件すべてに該当すると認められた場合は、身体拘束の必要な理由、内容、目的、時間、期間が記された「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書兼同意書」を作成します。
- ③ 「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書兼同意書」を基に、入居者本人やご家族に説明し、承認を得た場合に限り、身体拘束等を行います。
- ④ 少なくとも3か月に1回の身体拘束適正化検討委員会にて、日々の心身の状態等の

- 観察報告を行い、廃止に向けて再検討を繰り返し、「身体拘束等に関する経過観察、再検討記録」に記載します。記録を基に入居者本人やご家族に説明します。
- ⑤ 職員に対し、身体拘束適正化のための研修を定期的実施します。

1 1. 虐待の防止について

入居者の虐待発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- ④ ③に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。 担当者：介護課長

1 2. 事故発生時の対応について

入居中に事故が発生した場合には、速やかに嘱託医師やご家族そして保険者等に連絡するなどの措置を講じます。

その際の損害賠償については、当方の過失により入居者に生じた損害については、その損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害が入居者に故意または過失によるものと認められる場合には、入居者の心身の状況を考慮して相当と認められる時に限り、当方の損害賠償責任を減じる場合がありますので、予めご了承ください。

1 3. 自治会について

ふくろうの杜では入居者が主体となった、自治会活動をしています。

※ふくろうの杜自治会会則参照

相互扶助を目的とする為、入居された方全員が会員となります。

1 4. 家族会について

ふくろうの杜では入居者家族が主体となった、家族会活動をしています。

※ふくろうの杜家族会会則参照

相互協力を目的とする為、入居された家族全員が会員となります。

1 5. 車椅子や歩行器等、個人的に必要となる物品について

ふくろうの杜では、個人的に必要となる物品については、入居者ご本人もしくはご家族にご用意いただいております。車椅子や歩行器等については、入居者ご本人もしくはご家族

に相談の上、入居後1か月から2か月を目途にご用意いただきます。

16. 秘密保持の厳守について

- (1) 施設で働く全ての職員は、サービスを提供する上で知り得た入居者及びご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) 入居者ご本人もしくはご家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業者等に対し入居者の個人情報を提供いたしません。

17. その他施設利用にあたっての留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ・ 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って使用して下さい。
- ・ 故意に施設、設備を壊したり、汚したりした場合や、変更した場合には入居者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の対価をお支払いいただく場合があります。
- ・ 入居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、入居者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。ただし、その場合ご本人のプライバシーの保護について、十分な配慮を行います。

(2) 面会について

面会時間 8:30～20:00

※ 面会時間内はご自由にご面会ください。

※ インフルエンザの流行時期等、一時的に面会を規制させていただく場合があります。

(3) 外出・外泊について

外出・外泊をされる場合は事前にお申し出下さい。

ただし、6日間を超える場合は別料金を負担して頂きます。

6日以上の入院中、外泊中にかかる費用

居住費 1日あたり2,960円

(4) 退居時のメンテナンスについて

退居される場合、以下の清掃、修繕を業者に委託します。

費用は、居室を利用されていた方またはそのご家族の負担となります。

居室内クリーニング（床ワックス、エアコン等） 実費（約3万円）

カーテンクリーニング 実費（約4千円）

壁紙張り替え 実費（約5万円）

※別途、床や電動ベッドの修復等に掛かる費用をご負担頂く場合があります。

※社会情勢の変化等により、相応な額に変更する場合があります。

(5) 郵便物の取り扱いについて

入居者宛の郵便物は、事務所に保管させて頂いております。毎月のご請求書郵送の際に同封させていただきますが、ご面会の度に、事務所で郵便物の有無をご確認いただきますようお願い致します。

(6) ふくろうの杜敷地内は全面禁煙です。

(7) ふくろうの杜利用の詳細につきましては、ご家族利用説明書もご参照下さい。

18. 協力医療機関

上田医院	TEL	0 5 7 3 - 6 6 - 7 2 2 2
中津川市民病院	TEL	0 5 7 3 - 6 6 - 1 2 5 1
ウエダ歯科医院	TEL	0 5 7 3 - 6 9 - 4 0 4 8
市立恵那病院	TEL	0 5 7 3 - 2 6 - 2 1 2 1
つねだ整形外科・皮ふ科	TEL	0 5 7 3 - 6 5 - 5 7 6 6
田口クリニック	TEL	0 5 7 3 - 6 5 - 4 1 3 3

令和 年 月 日

私は、小規模生活単位型指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

入居者 (本人)	住所	
	氏名	印
入居者署名代筆者 (家族)	住所	
	氏名	印
身元引受人 (家族代表者)	住所	
	氏名	印