

「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

介護老人福祉施設むつみ園

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第4071900395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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方が対象となります。但し、要介護度1、要介護度2の方でも保険者と協議の上入所が可能になる場合があります。また、要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 むつみ会
- (2) 法人所在地 福岡県田川市大字弓削田2838番地49
- (3) 電話番号 0947-44-3644
- (4) 代表者氏名 理事長 林田 憲昌
- (5) 設立年月 昭和60年12月6日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成12年3月28日指定
福岡県4071900395号
- (2) 施設の目的 社会福祉法人むつみ会が老人福祉法15条4項の規定に基づく設置の認可を受け、介護保健法第86条1項の規定に基づく指定を受けた特別養護老人ホームむつみ園の運営に関する事項を定め、効果的な施設運営と入所者に対する適正な処遇を確保することを目的とする。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム むつみ園
- (4) 施設の所在地 福岡県田川市大字弓削田2838番地49
- (5) 電話番号 0947-44-3644
- (6) 施設長(管理者)氏名 伊藤 智則
- (7) 当施設の運営方針
 - 1. 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事等の介護、及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする

ことを目指すものとする。

2. 施設は、利用者の意志及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定介護福祉施設サービスを提供するように努めるものとする。
3. 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、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険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に努めるものとする。

(8) 開設年月 昭和61年4月23日

(9) 入所定員 50人

(10) 併設事業 短期入所生活介護事業

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。入居される居室は、原則として1人部屋です。全ての居室に見守り機器（ビデオカメラを含む）を設置しています。

居室・設備の種類	室数	居室・設備の種類	室数
1人部屋	58室	浴室	1室
談話室	1室	医務室	1室
機能訓練室	1室	食堂	1室

☆居室の変更：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に説明します。

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、指定基準を遵守しています。

職種	勤務者数	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	16名以上	16名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	4名	3名
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 嘱託医師	4名	1名
8. 管理栄養士	1名	1名

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師	毎週 月・木曜日 13:30～15:30 毎週 金曜日 10:00～12:00 月2回 10:00～12:00
2. 介護職員	標準的な時間帯における配置人員 早朝：6:45～15:45 2名 日中：8:30～17:30 7名～8名 遅出：11:00～20:00 1名 夜間：15:40～8:40 2名
3. 看護職員	標準的な時間帯における配置人員 日中：8:30～17:30 2～3名
4. 機能訓練指導員	週5日8:30～17:30 1名
5. 他の職員（調理員 早朝）	日中8:30～17:45（早朝：6:15～15:30）
6. 宿直者	17:30～8:30 1名

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。

サービスについては、次の2つの場合があります。

- (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

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）
利用料は介護保険負担割合証に基づき1割～3割をお支払いしていただき、
居住費・食費は、介護保険負担限度額認定書に基づきお支払いしていただきます。

*入院期間中のベッドは、契約者、又は御家族との協議に上、短期入所生活介護事業（ショートステイ）のベッドとして使用させていただきます。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉（契約書第5条参照）

別表1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を介護保険負担割合証に基づいた金額（自己負担額）と食費、居住費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・介護保険負担割合証・負担限度額認定に応じて異なります。）

*居住費、食費は、各入所者の介護保険負担限度額認定書に基づき、決定するものとする。

食事は、朝食、昼食、夕食ごとのお支払いです。但し、欠食される場合は前日までに申し出ください。欠食分の食費は頂きません。

介護保険負担限度額認定書が無い場合、基準費用額で支払いをしていただきます。

*入所者が外泊される場合は、居住費の支払いをしていただきます。また、入院に伴う居住費は、ベッドを確保したならば、居住費（基準費用額）の支払いをしていただきます。但し、入院期間中に短期入所生活介護事業（ショートステイ）のベッドとして使用させて頂いた期間中は、居住費の支払いはいただかないものとします。

***療養食加算（別表2参照）**

*入所者が当該基準により療養食が認められた時は、所定単位数により別途加算させていただきます。

*ご契約者が、6日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、別表3の通りです。（契約書第18条、第21条参照）

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（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理髪・美容〔理髪サービス〕

理容師、又は美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

②貴重品の管理・事務代行システム及び立替金システム利用料（事務管理費）

ご契約者の希望により、貴重品の管理事務代行システム及び立替金システムをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、（必要に応じて年金証書他）

○保管管理者：施設長

○出納方法： 手続きの概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの依頼書を保管管理者へ提出していただきます。（医療費、施設利用料は領収書のみで行います）

・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。

・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成します。

○立替金システム利用料は、医療費、日用品費、その他契約者の支払いが発生した場合、一時、施設が立替をして、月に1回以上請求するものとする。

○貴重品の管理・事務代行システム又は、立替金システム利用料（事務管理費）として1日当たり 40円いただきます。

③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の中で、明らかにご契約者の嗜好品である場合の費用は、負担していただきます。

*レクリエーション、クラブ活動の材料代等は当施設で用意いたしますがそれ以上の物に対しては個人負担としていただきます。

④契約書第19条に定める所定の料金（別表4参照）

ご契約者が、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（別表4）、居住費及び食費。

*ご契約者が、介護認定で判定されたその介護度に応じた料金（別表4参照）、居住費及び食費をいただきます。

☆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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行うまでにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)、(2)②の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月10日頃までに請求書を作成し、利用者又はご家族に郵送又はお渡し致します。

請求月の25日頃までに、お支払いをお願いします。

また日用品費の立替をされている利用者は、利用料と立替金の請求書を一緒に送付致しますので、請求月の25日頃までに、請求金額の合計をお支払いください。

* (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。)

(4) 入所中の医療の提供について

①嘱託医が診療を行い、医療が必要と認めた場合は、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もありません。)

②看取りについて

当施設は看取りを行いません、医師が入院を必要と判断を行ったら入院していただきます。

* 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人昌和会見立病院 TEL 0947-44-0924
所在地	福岡県田川市大字弓削田3237
診療科	内科・神経内科・精神科・リハビリテーション科

* 協力歯科医療機関

医療機関の名称	みのる歯科クリニック TEL0947-46-5052
所在地	田川市奈良1797-412

(5) 非常災害時の対策

当施設は、非常防止と利用者の安全を図る為、常に利用者の安全確保に努めるとともに非常災害に備える為、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っています。

(6) 事故発生時の対応

施設は、入所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、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

6. 苦情の受付について（契約書第 22 条参照）

（1）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。

- 苦情受付窓口（担当者）〔職名〕 生活相談員 千々和 陽子
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日（緊急時はこの限りではない）
8：30～17：30

また、苦情受付ボックス（皆様のお声箱）を玄関に設置しています。

（2）体制

- ・責任者 施設長
- ・第三者委員 山本 正博
電話 0949-32-2742
田沖 政美
電話 0947-32-4323

（3）行政機関その他苦情受付機関

田川市介護保険課	電話番号 0947-44-2000 FAX 0947-46-0124 住所 田川市中央町1番1号
福岡県介護保険広域連合 田川支部	電話番号 0947-49-1093 FAX 0947-49-1097 住所 田川市新町18番地7号
福岡県 国民健康保険団体連合会	電話番号 092-642-7859 FAX 092-642-7856 住所 福岡市博多区千代4丁目1番27号 福岡県自治会館3階
福岡県 運営適正化委員会	電話番号 092-915-3511 FAX 092-584-3790 住所 春日市原町3丁目1番地7号

7. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、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*

- 入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。
- 貴重品（重要事項説明書5-(2)-②関係費以外）、危険物等

（2）感染症の対応

感染症が発生した場合は、指示・要請する場合がありますので、ご協力をお願い致します。

（3）面会

面会時間 7：00～20：00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。また、御本人や御家族が御希望されれば、部屋食で提供させていただきます。

* 食事時間

朝食	7:45~8:15	昼食	11:45~12:15	夕食	17:00~17:30
----	-----------	----	-------------	----	-------------

(5) 上記以外については、ご相談ください

8. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 個人情報の利用は、予め開示した利用目的の範囲内で、その範囲を超えて利用を行わない。
但し法令の定めに基づく場合を除く。
- (2) データ入力等の為、個人情報の取り扱いを外部業者に委託する場合は、委託先の個人情報取り扱いが適切かどうか確認した上、業務委託契約に、委託業務遂行以外の目的での利用の禁止、業務終了後の情報の変換または破棄、違反時の損害賠償等の条項を設けるものとする。
- (3) 長期間継続して業務を委託する場合には、委託先の個人情報取り扱い状況について確認を行い、必要に応じて指導・契約の見直し等を行うものとする。
- (4) 写真を掲示、及び掲載をする場合は許可を頂くものとする。
- (5) 利用目的の範囲
 - ① サービス担当者会議
 - ② 介護サービス計画書作成
 - ③ 介護保険に関する開示
 - ④ 医療機関の提供
 - ⑤ その他緊急時、必要と認められる時
 - ⑥ その他公的機関への提供

9. 介護サービス情報の公表

「介護サービス情報の公表」制度とは、利用者の権利擁護、サービスの質の向上等に資する情報提供の環境整備を図るため、介護保険法第115条の35第1項規定に基づいて、事業者が介護サービスの公表が義務付けられるものである。

- (1) 第三者評価機関名 福岡県庁介護保険課監査指導第二係
- (2) 調査実施日 令和5年 10月 10日

10. 退所後の荷物の取り扱い

退所後は原則荷物を持ちかえていただきます。

やむ負えない理由により処分を希望される方は別表に記載した表の料金をいただきます。

別表1 (サービス利用料金表)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	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	
	5,890 円	6,590 円	7,320 円	8,020 円	8,710 円	
2. サービス利用に係る自己負担額	1 割負担	589 円	659 円	732 円	802 円	871 円
	2 割負担	1,178 円	1,318 円	1,464 円	1,604 円	1,742 円
	3 割負担	1,767 円	1,977 円	2,196 円	2,406 円	2,613 円
3. 居住費 (基準費用額)	1,231 円					
4. 食費 (合計 1,445 円)	朝食 289 円、 昼食 578 円、 夕食 578 円 欠食される場合は前日までに申し出ください。 欠食分の食費は頂きません。					

* 上記のサービス利用料金に、下記の金額を加算した金額をお支払いしていただきます。

	サービス利用料金	介護保険から給付される金額	自己負担額 ※1 割負担の場合
日常生活継続支援加算Ⅰ/日	360 円	324 円	36 円
看護体制加算Ⅰ/日	60 円	54 円	6 円
看護体制加算Ⅱ/日	130 円	117 円	13 円
精神科医療養指導加算/日	50 円	45 円	5 円
夜勤職員配置加算Ⅰイ/日	220 円	198 円	22 円
口腔衛生管理加算Ⅱ/月	920 円	828 円	92 円
栄養ケアマネジメント強化加算/日	110 円	99 円	11 円
科学的介護推進体制加算Ⅱ/月	500 円	450 円	50 円
協力医療機関連携加算/月	1,000 円	900 円	100 円
生産性向上推進体制加算Ⅱ/月	100 円	90 円	10 円
若年性認知症入所者受入加算/日 (対象者のみの加算です)	1,200 円	1,080 円	120 円
介護職員処遇改善加算	(全利用料×(14/100))		

(注) 他、介護給付費算定に係る体制等に関する届出書に基づき、設定するものとします。

別表2 療養食加算（3回／1日が限度とする）

	1割負担	2割負担	3割負担
1. サービス利用料金	60円		
2. 介護保険から給付される金額	54円	48円	42円
3. 自己負担額（1－2）	6円	12円	18円

別表3 外泊加算

	1割負担	2割負担	3割負担
1. サービス利用料金	2,460円		
2. うち、介護保険から給付される金額	2,214円	1,968円	1,722円
3. 自己負担額（1－2）	246円	492円	738円

別表4（契約書第19条に定める所定の料金）

ご契約者の 要介護度料金	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
	6,550円	7,230円	7,940円	8,620円	9,290円

*上記の金額に別途、介護職員処遇改善加算（全利用料×（83／1000））等、
その他の利用料をいただきます。

別表5 退所後荷物処分費用

一袋(8kg)あたり	780円
------------	------