

# 重 要 事 項 説 明 書

(施設介護サービス利用契約書)

【令和 8 年 9 月 10 日現在】

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生省令第 40 号第 5 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業所の概要

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人西日本至福会              |
| 法人所在地  | 福岡県北九州市八幡西区塔野三丁目 16 番 1 号 |
| 法人種別   | 社会福祉法人                    |
| 代表者氏名  | 理事長 冷牟田 洋一                |
| 電話番号   | 093-612-5210              |

## 2 ご利用施設

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 施設の名称    | 介護老人保健施設千寿中間         |
| 施設の所在地   | 福岡県中間市通谷一丁目 36 番 6 号 |
| 管理者名     | 管理者（医師） 小田原 満        |
| 施設長名     | 施設長 園田 孝             |
| 事業書番号    | 4056280078           |
| 電話番号     | 093-243-1200         |
| ファクシミリ番号 | 093-243-1201         |

## 3 ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 |             | 福岡県知事の事業者指定    |            | 利用定数  |
|-------|-------------|----------------|------------|-------|
|       |             | 指定年月日          | 指定番号       |       |
| 施設    | 介護老人保健施設    | 令和 2 年 4 月 1 日 | 4056280078 | 100 人 |
| 居宅    | 通所リハビリテーション | 令和 3 年 4 月 1 日 | 4056280078 | 5 人   |
|       | 短期入所療養介護    | 令和 2 年 4 月 1 日 | 4056280078 | 空床利用  |

## 4 事業の目的と運営の方針

### (1) 目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理下での看護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1 日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、入所者が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、短期療養介護、通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

### (2) 施設運営の方針

入所者が、ご自身の能力に応じた日常生活を楽しく営み、また積極的にリハビリテ

ーションやレクレーションを行うことができるよう明るい家庭的な雰囲気をつくり、併せて入所者が、1日でも長く居宅において生活ができるように身体機能の維持を目指して、サービスにあたります。

施設は、家庭的な雰囲気のもと、安心できるサービス提供に努め、地域や家庭との結びつきを重視します。

入所者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づき社会福祉法人西日本至福会の定めた基本方針、管理規定により対応します。

個人情報に対する基本方針(プライバシー・ポリシー) (別紙1)

## 5 施設の概要

### 介護老人保健施設千寿中間

|     |       |                        |
|-----|-------|------------------------|
| 敷 地 |       | 3,347.00m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造   | 鉄筋コンクリート造4階建(耐火建築)     |
|     | 延べ床面積 | 4,745.95m <sup>2</sup> |
|     | 利用定員  | 100名                   |

#### (1) 居 室

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積                  | 1人あたり面積             |
|-------|-----|----------------------|---------------------|
| 1人部屋  | 10室 | 122.70m <sup>2</sup> | 12.70m <sup>2</sup> |
|       | 2室  | 24.26m <sup>2</sup>  | 12.10m <sup>2</sup> |
| 4人部屋  | 2室  | 67.12m <sup>2</sup>  | 8.9m <sup>2</sup>   |
|       | 12室 | 406.08m <sup>2</sup> | 8.4m <sup>2</sup>   |
|       | 8室  | 269.00m <sup>2</sup> | 8.4m <sup>2</sup>   |

(注) 指定基準は、居室1人当たり 8m<sup>2</sup>

#### (2) 主な設備

| 設備の種類 | 数      | 面積                   | 1人あたりの面積           |
|-------|--------|----------------------|--------------------|
| 食 堂   | 3階     | 110.88m <sup>2</sup> | 2.21m <sup>2</sup> |
|       | 4階     | 110.88m <sup>2</sup> | 2.21m <sup>2</sup> |
| 機能訓練室 | 1室     | 100.48m <sup>2</sup> |                    |
| 一般浴室  | 1室     | 74.35m <sup>2</sup>  |                    |
| 機械浴室  | 特殊浴槽1台 |                      |                    |
| 診察室   | 1室     |                      |                    |
| デイルーム | 2箇所    |                      |                    |

(注) 食堂の指定基準は、1人あたり 2m<sup>2</sup>

## 6 職員体制(主たる職員)

|         | 常 勤  | 非常勤 | 夜 間 |               |
|---------|------|-----|-----|---------------|
| 管理者(医師) | 1    |     |     | 入所者の健康管理      |
| 施設長     | 1(1) |     |     | 施設業務の総括       |
| 医師      | —    |     |     | 入所者の健康管理      |
| 看護師     | 8    | 2   | 1   | 入所者の保健衛生、疾病予防 |

|         |       |   |   |               |
|---------|-------|---|---|---------------|
| 介護員     | 29    | 3 | 4 | 入所者の介護・介助     |
| 支援相談員   | 2 (2) |   |   | 入所者の相談・援助     |
| 理学療法士   | 1     |   |   | 入所者の機能回復訓練    |
| 作業療法士   | 1     |   |   | 入所者の機能回復訓練    |
| 管理栄養士   | 1     |   |   | 入所者の栄養管理      |
| 介護支援専門員 | 2 (2) |   |   | サービス計画の作成・管理  |
| 相談員     | 1 (1) |   |   | 家族や地域住民の相談指導  |
| 薬剤師     |       | 1 |   | 施設の医薬品の管理     |
| 事務職員    | 2     |   |   | 庶務、会計、利用料の管理  |
| その他     |       | 9 | 1 | 営繕、送迎、夜間等の警備等 |

\* ( ) 内は兼務

#### (4) 職員の勤務体制

| 従業者の職種  | 勤務体制                                                                                                                                                                  | 休暇                  |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 施設長     | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務                                                                                                                                             | 4週8休<br>・その他法人が定める日 |
| 支援相談員   | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務                                                                                                                                             |                     |
| 介護職員    | ・早勤①（６：００～１５：００）<br>・早勤②（７：００～１６：００）<br>・日勤①（８：００～１７：００）<br>・日勤②（９：００～１８：００）<br>・遅出（１０：００～１９：００）<br>・夜勤（１６：００～１０：００）<br>※夜間（１９：００～６：００）は、原則として職員４名あたり入所者１００名のお世話をします。 |                     |
| 看護職員    | ・早勤（８：００～１７：００）<br>・遅勤（１０：００～１９：００）<br>・夜勤（１６：００～１０：００）<br>※夜勤は１名が勤務します。                                                                                              |                     |
| 理学療法士等  | ８：３０～１７：３０まで勤務                                                                                                                                                        |                     |
| 介護支援専門員 | ２名のうち２名は支援相談員が兼務します。                                                                                                                                                  | 土・日・祝日は休み           |
| 医師      | ８：３０～１７：３０まで勤務                                                                                                                                                        |                     |
| 管理栄養士   | 正規の勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務                                                                                                                                             |                     |

(注) 上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

## 7 施設サービスの概要

### (1) 介護施設サービスの内容

| 種類 | 内容                                                                                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事 | ・栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。<br>・食事は出来る限り離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 |

|               |                                                                                                                                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>す。</p> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 8:00～ 8:30</p> <p>昼食 12:00～12:45</p> <p>夕食 17:30～18:30</p>                                                                                |
| 排 泄           | ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                                                                          |
| 入 浴           | <p>・週2回</p> <p>月・木 4階女性</p> <p>火・金 3階女性</p> <p>水・土 3階・4階男性入浴</p>                                                                                                        |
| 離床、着替え<br>整容等 | <p>・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</p> <p>・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。</p> <p>・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。</p> <p>・シーツ交換は、週1回行います。</p>                                  |
| 機能訓練          | <p>・機能訓練は、理学療法士、作業療法士による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するようつとめます。</p> <p>・当施設の保有するリハビリ器具</p> <p>平行棒</p> <p>昇降練習用階段</p> <p>交互滑車運動器</p> <p>肋木</p> <p>マット</p> <p>プラットホーム</p> |
| 医療・看護         | <p>・医師が回診をし、健康管理に努めます。</p> <p>・緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。</p> <p>・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて出来る限り配慮します。</p> <p>(当施設の医師)</p> <p>氏 名：小田原 満</p>              |
| 相談及び援助        | <p>・当施設は、入所者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> <p>(相談窓口) 支援相談員 北田 清美、小畑 賢太郎</p> <p>・相談援助サービス</p> <p>・行政手続き代行</p>                                   |
| 社会生活上の<br>便宜  | ・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主なレクリエーション行事<br/>別添の施設行事計画のとおり</li> <li>・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の状況によっては、代わりに行う場合があります。</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## (2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種別      | 内 容                                                     |
|--------------|---------------------------------------------------------|
| 理髪・美容        | ・毎月3回（第1火曜日、第2水曜日、第3木曜日、第4月曜日）理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。 |
| インフルエンザ等予防接種 | ・入所者の希望により実施いたします。                                      |

## 8 利用料

入所者は、介護保険で給付されるサービス費及び加算額の1割と利用料（保険給付外を負担します。なお、一定以上の所得がある方は2割負担もしくは3割負担となります。サービス費は、要介護認定された区分によって異なります。

### 〈お支払いの方法〉

お支払いは、「ゆうちょ銀行」の口座より口座振替にてお支払いいただきます。お支払い口座は、所定の書類にてお申込みいただきます。

毎月10日頃に前月の入所者負担額の請求書を代理人又は、連帯保証人様へ郵送にてお送りします。毎月20日もしくは28日にご指定の口座から口座振替でお支払いいただきます。

なお、口座振替は20日が土日祝にあたるときは翌営業日になります。

※1 ご入所者様名義のゆうちょ口座をお持ちでない場合は、ご家族様名義のゆうちょ口座でお申し込みできます。

2 ゆうちょ口座をお持ちでない場合は、以下のいずれかの方法でお願いいたします。

- ① 新規で口座を開設する。
- ② ゆうちょ銀行で使用できる振込用紙を使用する。この場合は請求書に同封いたしますので20日までお振込みください。なお現金で振込まれる場合は、振込手数料がかかる場合がございます。

3 ゆうちょ銀行以外の銀行からお振込みの場合は、振込手数料はご入所者様負担になります。

上記の方法に支障がある場合は、支援相談課にご相談ください。

・介護保険給付に伴う利用料

(1) 基本料金【基本型】

\* 介護保健施設サービスⅠⅢ (多床室)

| 要介護度      | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5  |
|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 1 日当たりの料金 | 793 円 | 843 円 | 908 円 | 961 円 | 1012 円 |

(2) 基本料金【その他】

\* 介護保健施設サービスⅣⅡ (多床室)

| 要介護度      | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 日当たりの料金 | 777 円 | 826 円 | 889 円 | 941 円 | 991 円 |

\* 外泊の場合、上記金額に代えて 362 円として算定します。(但し、初日及び最終日は除く)

(3) 加算料金

| 利用料に係る介護保険給付加算<br>(主なもの) |         | 加 算 額   | 内 容                                                                                        |
|--------------------------|---------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症ケア加算                  |         | 76 円／日  | 認知症専門棟に入所し、個別にケアを受けたとき                                                                     |
| 初 期 加 算                  | (Ⅰ)     | 60 円／日  | 急性期医療機関を担う医療機関の一般病棟への入院後 30 日以内に退院したときに算定                                                  |
|                          | (Ⅱ)     | 30 円／日  | 入所の日から 30 日以内の期間について 1 日につき算定                                                              |
| 短期集中リハビリテーション実施加算        | (Ⅰ)     | 258 円／日 | 入所日から起算して 3 ヶ月以内の期間に集中リハビリテーションを行った場合で、入所時及び 1 ヶ月に 1 回以上 ADL の評価を行ない厚生労働省に提出、計画書を見直しを行うこと。 |
|                          | (Ⅱ)     | 200 円／日 | 入所者に対して、医師等が入所の日から起算して 3 ヶ月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っていること。                                    |
| 経口維持加算                   | 経口維持加算Ⅰ | 400 円／月 | 摂食機能障害を有し誤嚥が認められる場合に経口維持計画を作成した日の属する月から、管理を行った場合に算定する。                                     |
|                          | 経口維持加算Ⅱ | 100 円／月 |                                                                                            |
| 口腔衛生管理加算 (Ⅰ)             |         | 90 円／月  | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行い当該                                                   |

|               |         |         |                                                                                                            |
|---------------|---------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ）   |         | 110 円／月 | 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対し具体的な技術的助言及び指導を行った場合                                                                   |
| 栄養マネジメント強化加算  |         | 11 円／日  | 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が栄養ケア計画に従い、入所者ごとの食事の調整等をはかること                                              |
| 療養食加算         |         | 6 円／回   | 治療食について 1 日 3 食を限度として、1 食を 1 回として算定する                                                                      |
| 再入所時栄養連携加算    |         | 200 円／回 | 施設の管理栄養士が、医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所時の栄養管理について医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、再入所した場合に、1 回限り算定できる                  |
| 退所時栄養情報連携加算   |         | 70 円／回  | 管理栄養士が退所先の医療機関に対して、栄養管理に関する情報提供を行った場合                                                                      |
| 若年性認知症入所者受入加算 |         | 120 円／日 | 若年性認知症入所者を受け入れた場合                                                                                          |
| 緊急時施設療養費      | 緊急時治療管理 | 518 円／回 | 入所者の病状が著しく変化した場合に緊急やむを得ない事情に医療行為を行った場合                                                                     |
|               | 特定治療    | 診療報酬    |                                                                                                            |
| 所定疾患施設療養費     | （Ⅰ）     | 239 円／日 | 肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全増悪について、投薬・検査・注射・処置等を行った場合。1 ヶ月に 1 回連続する 7 日を限度に算定する                                 |
|               | （Ⅱ）     | 480 円／日 | 肺炎、尿路感染、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全増悪について、投薬・検査・注射・処置・実施状況を公表していること。医師が感染症対策に関する研修を受講していること。1 ヶ月に 1 回連続する 10 日を限度に算定する |
| 入所前後訪問指導加算    | （Ⅰ）     | 450 円／回 | 入所前から入所者の自宅を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と診療方針の決定を行った場合                                                         |
|               | （Ⅱ）     | 480 円／回 | （Ⅰ）に加え、生活機能の具体的な改善目標及び退所後の生活に係る支援計画を作成した場合                                                                 |
| 退所時指導加算       |         | 400 円／回 | 入所期間が 1 ヶ月を超える入所者が試行的に退所する場合において、当該入所者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合                                           |

|                                |     |         |                                                                                                                                 |
|--------------------------------|-----|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 退所時情報提供加算（Ⅰ）                   |     | 500 円／回 | 居宅へ退所する際に、退所後の主治医に対して診療情報心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した際に 1 回限り算定                                                                         |
| 退所時情報提供加算（Ⅱ）                   |     | 250 円／回 | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して診療情報心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した際に 1 回限り算定                                                                |
| 入退所前連携加算（Ⅰ）                    |     | 600 円／回 | 居宅支援事業者と入退所前から連携し情報提供とサービス調整を行った場合                                                                                              |
| 入退所前連携加算（Ⅱ）                    |     | 400 円／回 | 入所者が選定する居宅支援事業所の「ケアマネージャーと連絡調整を行った場合                                                                                            |
| 夜勤職員配置加算                       |     | 24 円／日  | 夜間帯において介護職員及び看護職員を各階 2 名以上配置                                                                                                    |
| 科学的介護推進体制加算                    | （Ⅰ） | 40 円／月  | 入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では、加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を 3 ヶ月に 1 回見直し厚生労働省に提出していること            |
|                                | （Ⅱ） | 60 円／月  |                                                                                                                                 |
| 安全対策体制管理加算                     |     | 20 円／回  | 外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。※入所時に 1 回を限度として算定                                                    |
| リハビリテーション<br>マネジメント<br>計画書情報加算 | （Ⅰ） | 53 円／月  | 医師、理学療法士、作業療法士、言語療法士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質の管理をしていること。リハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し有効な実施のため活用していること |
|                                | （Ⅱ） | 33 円／月  |                                                                                                                                 |
| 褥瘡マネジメント<br>加算                 | （Ⅰ） | 3 円／月   | 褥瘡発生と関連のあるリスクについて、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。少なくとも 3 ヶ月に 1 回見直し、評価を行ない厚生労働省に提出すること             |
|                                | （Ⅱ） | 13 円／月  |                                                                                                                                 |
| 排せつ支援加算                        | （Ⅰ） | 10 円／月  | 排せつに介助を要する入所者に対し、他職種が協働して支援計画を作成し、少なくとも 3 ヶ月に 1 回見直し、評価を行ない厚生                                                                   |
|                                | （Ⅱ） | 15 円／月  |                                                                                                                                 |
|                                | （Ⅲ） | 20 円／月  |                                                                                                                                 |

|                     |     |         |                                                                                                                 |
|---------------------|-----|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |     |         | 労働省に提出すること                                                                                                      |
| 生産性向上<br>推進体制加算     | (Ⅰ) | 100 円／月 | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること                |
|                     | (Ⅱ) | 10 円／月  |                                                                                                                 |
| 高齢者施設等<br>感染症対策向上加算 | (Ⅰ) | 10 円／月  | 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応すること<br>医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること |
|                     | (Ⅱ) | 5 円／月   | 医療機関から、3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること                                                            |
| 新興感染症等施設<br>療養費     |     | 240 円／日 | 当該施設に感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に 1 ヶ月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する                               |
| サービス提供体制強化加算        | (Ⅰ) | 22 円／日  | 介護職員の総数の 80%が介護福祉士の資格保持者。勤続 10 年以上、介護福祉士 35%以上                                                                  |
|                     | (Ⅱ) | 18 円／日  | 看護・介護職員の総数の 60%が常勤職員                                                                                            |
|                     | (Ⅲ) | 6 円／日   | 介護福祉士 50%以上、常勤職員 75%以上、勤続 7 年以上 30%以上                                                                           |

※上記の加算の他に一定率で加算される介護職員等処遇改善加算があります。

※上記金額は、介護保険負担割合が 1 割の場合。なお、一定以上の所得者は 2 割、3 割負担となります。

・介護保険給付対象外の利用料

| 利用料（保険対象外） | 金 額                                              | 内 容     |         |                    |
|------------|--------------------------------------------------|---------|---------|--------------------|
| 食費         | 1,545 円／日<br>・朝食 450 円<br>・昼食 570 円<br>・夕食 525 円 | 第 1 段階  | 300 円   | 特定入所者介護サービス費の対象 ※1 |
|            |                                                  | 第 2 段階  | 390 円   |                    |
|            |                                                  | 第 3 段階① | 680 円   |                    |
|            |                                                  | 第 3 段階② | 1,420 円 |                    |
|            |                                                  | 第 4 段階  | 1,545 円 | 基準費用額 ※1           |

|           |                 |                             |       |                    |
|-----------|-----------------|-----------------------------|-------|--------------------|
| 居住費       | 437 円／日         | 第 1 段階                      | 0 円   | 〔居住環境による類型〕<br>多床室 |
|           |                 | 第 2 段階                      | 430 円 |                    |
|           |                 | 第 3 段階①                     | 430 円 |                    |
|           |                 | 第 3 段階②                     | 430 円 |                    |
|           |                 | 第 4 段階                      | 437 円 |                    |
| 日常生活品費    | 200 円／日         | シャンプー、リンス、石鹸等 ※2            |       |                    |
| 教養娯楽費     | 100 円／日         | 行事等で必要な費用のうち、個人別に必要な材料費※    |       |                    |
| 洗濯代       | 400 円／回         | 入浴時着替え 1 セット相当分の施設洗濯代       |       |                    |
|           | 100 円／回         | 下着類 1 枚相当分の施設洗濯代（汚物付着等随時洗濯） |       |                    |
|           | 上限<br>6,170 円／月 | 業者委託の洗濯代 ※ 重量制 1 kg 617 円   |       |                    |
| 理容代       | 1,500 円／回       | カット                         |       |                    |
|           | 500 円／回         | 顔そり                         |       |                    |
|           | 2,200 円／回       | 髪染め                         |       |                    |
| 健康管理費     | 実 費             | 予防接種代等                      |       |                    |
| その他（個人用品） | 実 費             |                             |       |                    |

※1 食費の上限日額です。尚、食費は提供した分を請求いたします。

※2 日常生活品費及び教養娯楽費は希望される方のみ徴収いたします。

☐説明了解済み      ☐希望しない

## 9 苦情等申立窓口

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご相談窓口          | <p>苦情解決責任者<br/> 施設長 園田 孝<br/> 窓口担当者 北田 清美、小畑 賢太郎<br/> ・ご利用時間 毎日午前9時～午後5時<br/> ・ご利用方法 電話番号 093-243-1200<br/> 口 頭<br/> 意見箱（1階～3階に設置）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 第三者委員          | <p><small>あんとか たもつ</small><br/> 安徳 保 中間市通谷一丁目36番10号<br/> <br/> 中垣 美子 中間市通谷五丁目6番7号<br/> 電話番号 093-245-3007</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 苦情の受付と解決方法について | <p>（１）苦情相談の受付<br/> 苦情相談は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。<br/> なお、第三者委員に直接苦情相談を申し出ることができます。</p> <p>（２）苦情相談受付の報告・確認<br/> 苦情受付担当者が受け付けた苦情相談を、苦情解決責任者と第三者委員（苦情相談申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情相談申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。</p> <p>（３）苦情相談解決のための話し合い<br/> 苦情解決責任者は、苦情相談申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。<br/> その際、苦情相談申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。<br/> なお、第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。<br/> ア. 第三者委員による苦情相談内容の確認<br/> イ. 第三者委員による解決案の調整、助言<br/> ウ. 話し合いの結果や改善事項等の確認</p> |
| その他苦情申出・受付機関   | <p>①福岡県社会福祉協議会内運営適正化委員会<br/> 所 在 地 ☎816-0804<br/> 福岡県春日市原町三丁目1番地7（クローバープラザ内）<br/> 電 話 092-915-3511<br/> ファックス 092-584-3790</p> <p>②福岡県国民健康保険団体連合会介護サービス相談係<br/> 所 在 地 ☎812-8521<br/> 福岡市博多区吉塚本町13番47号<br/> 電 話 092-642-7859<br/> ファックス 092-642-7856</p> <p>③中間市介護保険課給付係</p>                                                                                                                                                                                            |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>所在地 ☎809-8501<br/> 中間市中間一丁目1番1号<br/> 電話 093-246-6283<br/> ファックス 093-244-0579</p> <p>④福岡県介護保険広域連合 遠賀支部<br/> 所在地 ☎811-4303<br/> 遠賀郡遠賀町大字今古賀513<br/> 電話 093-291-5266<br/> ファックス 093-291-5281</p> <p>⑤八幡西区役所保健福祉課介護保険担当<br/> 所在地 ☎806-0021<br/> 北九州市八幡西区黒崎三丁目15-3<br/> 電話 093-642-1446<br/> ファックス 093-642-2941</p> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

第三者評価実施状況 未実施

## 10 契約の解除

以下の事由が生じたときは、当事業者は本契約に基づく入所利用を解除することができます。

- (1) 入所者又はこれらの者の親族、連帯保証人その他の関係者（以下「入所者等」といいます。）が、本契約に定める利用料金を3か月分以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合
- (2) 入所者等が、本事業者、本事業者の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- (3) 天災、災害、施設設備の故障その他やむを得ない理由により、本事業者の施設を利用させることができない場合
- (4) 入所者等が当施設又は職員に対し、以下のいずれかに該当するカスタマーハラスメント行為等を行い、本契約を継続し難い重大な事情が生じたとき。
  - (ア) 暴言、暴力、威圧的な言動、脅迫、強要、過剰な要求等のハラスメント行為
  - (イ) 身体的・精神的な攻撃、不適切な性的行動、プライバシーを侵害する行為
  - (ウ) SNS やインターネット上の誹謗中傷、事実に基づかない情報の公開、事業者の信用を著しく損なう行為

## 11 虐待防止受付窓口

社会福祉法人西日本至福会介待防止受付窓口

社会福祉法人西日本至福会介護老人保健施設千寿中間虐待防止対応規程により、本事業所では利用者からの虐待通報に適切に対応する体制を整えることといたしました。

本事業における虐待防止対応責任者、虐待防止受付担当者及び第三者委員を下記のとおり設置し、虐待の防止に努めることといたしましたので、お知らせいたします。

記

|           |       |             |
|-----------|-------|-------------|
| 虐待防止対応責任者 | 園田 孝  | 千寿中間 施設長    |
| 虐待防止受付担当者 | 北田 清美 | 千寿中間 支援相談課長 |

虐待防止の解決方法

1) 虐待通報の受付

虐待の通報は、面接、電話、書面などにより虐待防止受付担当者が随時受け付けます。また、直接虐待通報を申し出ることもできます。

2) 虐待防止受付の報告・確認

虐待防止受付担当者が受け付けた虐待通報を虐待防止対応責任者と第三者委員に（虐待通報者が第三者委員への報告を拒否した場合を除く。）に報告いたします。第三者委員は、内容を確認し虐待通報者に対して、報告を受けた旨を通知します。

3) 虐待防止対応責任者は、虐待通報者と誠意をもって対応し、解決に努めます。その際、虐待通報者、第三者委員の立会いによる相互協議は、次により行います。

ア 第三者委員による虐待内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 相互協議の結果や改善事項等の確認

4) 連絡先

ア 福岡県運営適正化委員会：TEL 092-915-3511

イ 中間市役所介護保険課給付係：TEL 093-246-6283

ウ 八幡西区役所保健福祉課介護保険担当：TEL 093-642-1446

1.2 協力医療機関

|         |                                             |  |
|---------|---------------------------------------------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人秋桜会なかま病院（旧新中間病院）                        |  |
| 院 長     | 矢毛石 陽一                                      |  |
| 所在地     | 中間市通谷一丁目３６番７号                               |  |
| 電話番号    | ０９３－２４５－３１００                                |  |
| 診療科     | 内科、外科、整形外科、肛門科、胃腸科、皮膚科、<br>人工透析内科、リハビリテーション |  |
| 入院設備    | ベッド数１４５床                                    |  |
| 救急指定の有無 | 無                                           |  |

|         |                                         |    |       |
|---------|-----------------------------------------|----|-------|
| 医療機関の名称 | 医療法人義翔会小嶺江藤病院                           |    |       |
| 理事長     | 江藤 義典                                   | 院長 | 江藤 義典 |
| 所在地     | 北九州市八幡西区小嶺三丁目19番1号                      |    |       |
| 電話番号    | 093-611-0456                            |    |       |
| 診療科     | 精神科                                     |    |       |
| 入院設備    | 認知症治療病棟 55床<br>精神科一般棟 120床<br>急性期病棟 32床 |    |       |

|         |   |
|---------|---|
| 救急指定の有無 | 無 |
|---------|---|

### 1 3 協力歯科医療機関

|      |                |
|------|----------------|
| 名称   | 医療法人宝歯会かじわら歯科  |
| 理事長  | 梶原 浩喜          |
| 所在地  | 北九州市若松区下原町1番1号 |
| 電話番号 | 093-771-8604   |

|      |               |
|------|---------------|
| 名称   | 宮口歯科医院        |
| 院長   | 宮口 英也         |
| 所在地  | 中間市通谷一丁目36番2号 |
| 電話番号 | 093-243-5055  |

### 1 4 事故発生時の対応

|            |                                                                                  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時      | 事故(医療機関への受診を要する状況時)発生した場合、速やかに市町村、ご家族に連絡を行います。<br>なお、市町村とは保険者(北九州市、中間市、広域連合他)です。 |
| 事故の調査および説明 | 事故発生に至った原因等調査をはじめ、記録整備を図り、その説明を行うとともに事故再発防止に努めます。                                |

### 1 5 損害賠償責任保険

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 保険会社 | 全国老人保健施設共済会                           |
| 保険内容 | 万一、火災その他、施設設備の不備等から生じた死亡事故、けが等に対応します。 |

### 1 6 緊急やむを得ない場合の身体拘束の対応

|         |                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| 身体拘束の対応 | 緊急やむを得ない場合、身体拘束を行う際は、時間、様態、入所者の心身の状況、理由の記録を整備します。<br>また、ご家族への経緯を説明いたします。 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|

### 1 7 非常災害時の対策

|             |                                                            |     |           |     |
|-------------|------------------------------------------------------------|-----|-----------|-----|
| 非常時の対応      | 別途定める「千寿中間 消防計画」にのっとり対応を行います。                              |     |           |     |
| 平常時の訓練等防災設備 | 別途定める「千寿中間 消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して実施します。 |     |           |     |
|             | 設備名称                                                       | 個数等 | 設備名称      | 個所  |
|             | スプリンクラー                                                    | あり  | 防火扉・シャッター | 9個所 |
|             | 非難階段                                                       | 2個所 | 補助散水栓     | あり  |
|             | 自動火災報知機                                                    | あり  | 非常通報装置    | あり  |
|             | 誘導灯                                                        | 各所  | 漏電火災報知機   | あり  |

|       |                                         |    |       |    |
|-------|-----------------------------------------|----|-------|----|
|       | ガス漏れ報知機                                 | あり | 非常用電源 | あり |
|       | カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております。             |    |       |    |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：令和 7 年 4 月 1 日<br>防火管理者：小畑 賢太郎 |    |       |    |

#### 1 8 当施設ご利用の際に留意いただく事項

|             |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会       | <p>新型コロナウイルス感染症等蔓延状況の観点から制限させていただくことがございます。詳細についてはその都度お尋ねください。</p> <p>面会時間等来訪者は、面会時間を遵守し、必ず面会簿に記入してください。</p>                                                                                                                                              |
| 外出・外泊       | <p>新型コロナウイルス感染症等蔓延状況の観点から制限させていただくことがございます。外出・外泊の際は届出が必要です。届出用紙は、サービスステーションにあります。</p> <p>原則として、外出・外泊の帰所時間は 17:30 までとなっています。帰所時間の変更・体調不良等があれば、施設までご連絡ください。</p> <p>※食事のキャンセルは、食事開始時間の 2 時間前までにお願いします。時間を過ぎて連絡をいただいた場合は、食事をされていなくても食事代を請求させていただくことがあります。</p> |
| 他科受診        | <p>入所中、他の医療機関に受診する場合は、施設内の医師の診断の上、施設発行の文書を持参しての受診となります。その際は、家族の方も同行していただきます。</p> <p>一部、本人負担が生じます。</p> <p>ご家族の判断で施設に相談なく、他医療機関を受診し、投薬を受けることはできません。事前に施設にご相談ください。</p> <p>また、外泊・外出中に急な容態変化があった場合はこの限りではありません。その場合、受診後でも構いませんのでご連絡ください。</p>                   |
| 居室・設備・器具の利用 | <p>施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。</p> <p>これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。</p>                                                                                                                                                                     |
| 喫煙・飲酒       | 敷地内・館内は禁煙です。飲酒はできません                                                                                                                                                                                                                                      |
| 所持品の管理      | 所持品、備品等の持ち込みについては、各自責任をもって管理を行ってください。                                                                                                                                                                                                                     |
| 金銭、貴重品の管理   | 入所者が、金銭管理等をすることは困難と思われます。また、入所者間のトラブルになりますので、入所者の金銭管理は、ご家族等をお願いします。                                                                                                                                                                                       |
| 宗教活動・政治活動   | 施設内で他の入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。                                                                                                                                                                                                                         |
| 動物飼育        | 施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。                                                                                                                                                                                                                                |



令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

施設入所サービス開始にあたり、ご入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

〈事業者〉

所在地 福岡県北九州市八幡西区塔野三丁目 1 6 番 1 号

事業者名 社会福祉法人西日本至福会

代表者 理事長 冷牟田洋一 ⑩

〈説明者〉

所属 介護老人保健施設千寿中間

氏 名 ⑩

私は、契約書及び本書面により、事業者から施設入所サービスについて重要な事項の説明を受けました。

〈入所者〉

住 所

氏名 印

〈代理人〉

住 所

氏 名 印

続柄

〈連帯保証人〉

住 所

氏 名 印

続柄