

地域密着型特定施設 てとての森

重要事項説明書

当事業所は、介護保険の指定を受けています

地域密着型特定施設入所者生活介護 （大牟田市 4091500514 ）

当事業所はご契約者に対して地域密着型特定施設入居者生活介護サービスを提供いたします。事業所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. 事業者

- (1) 法人名 医療法人 CLS すがはら
- (2) 法人所在地 福岡県大牟田市小川町 30 番地 1
電話番号 0944 - 55 - 1212 FAX 0944 - 55- 1102
- (3) 代表者 菅原謙三
- (4) 設立年月日 平成 24 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 地域密着型特定施設入居者生活介護
- (2) 事業所の名称 地域密着型特定施設 てとての森
- (3) 事業所の所在地及び電話番号
福岡県大牟田市小川町 30 番地 1
TEL 0944-55-0150 FAX0944-55-0151

3. 事業の目的及び運営の方針

- (1) 事業の目的
要介護状態にある者(以下「利用者」という。)に対し、適切な地域密着型特定施設入居者生活介護を提供する事を目的とします。
- (2) 運営の方針
 - 1 地域密着型特定施設入居者生活介護の従業者は、特定施設サービス計画に基づき、

利用者が当概施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行います。

- 2 安定的かつ継続的な事業運営に努めます。
- 3 地域密着型特定施設入居者生活介護の実施に当たっては、居宅介護支援事業者その他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とともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 施設の概要

(1) 構造等

敷地 : 7,378.78 m²
建物 : 構造 鉄骨造
: 述べ床面積 710.02 m² (建物全体 3,037 m²)
: 利用定員 18 人

(2) 主な設備

設 備	室数	面 積	備考
居室	18	18.01 m ²	トイレ・洗面台有
食堂・居間 (A)	1	19.08 m ²	キッチン付き
食堂・居間 (B)	1	21.37 m ²	キッチン付き
食堂・居間 (C)	1	25.26 m ²	キッチン付き
浴室 (個浴)	1	7.29 m ²	
浴室 (機械浴)	1	8.77 m ²	座位式リフト浴
脱衣室	1	8.21 m ²	

5. 職員体制 (主たる職員)

- (1) 管理者 1人 (常勤 : 介護職員と兼務)
- (2) 生活相談員 1人 (介護職員と兼務)
- (3) 計画作成担当者(介護支援専門員) 1人(常勤 : 看護職員と兼務)
- (4) 介護職員 10人 (常勤換算)
- (5) 機能訓練指導員 1人 (常勤 : 看護職員と兼務)
- (6) 看護職員 2人 (兼務)

6. 職員の勤務体制

- (1) 管理者: 正規の勤務時間帯 (8 : 30 ~ 17 : 30) 常勤で勤務

- (2) 生活相談員:正規の勤務時間帯 (8 : 30 ~ 17 : 30)常勤で勤務
- (3) 看護職員:勤務時間帯 (8 : 30 ~ 17 : 30)常勤で勤務
- (4) 介護職員: 早番 7:30~16:30
 日勤 8:30~17:30
 遅出 10:00~19:00
 夜勤 16:30~ 9:00
- (5) 介護支援専門員:正規の勤務時間帯 (8 : 30 ~ 17 : 30)常勤で勤務

7. 介護サービスの概要

(1)介護保険給付サービス

【食事】ご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

【排泄】ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

【入浴】入浴または清拭を週2回行います。利用者の状況に応じて、適切な入浴介助をおこないます。

【離床、着替え、整容等】

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配慮します。個人の尊厳に配慮し適切な整容が行われるよう援助します。

【機能訓練】

機能訓練指導員により、利用者様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回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

【健康管理】

看護職員により、利用者の利用状況に応じて適切な措置を講じます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関にも責任をもって引き継ぎます。ご利用者が外部の医療機関に通院する場合はその介助についても可能な限り配慮します。

【相談援助】

当施設は、利用者及びその後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。

【社会生活上の便宜の提供】

当施設では、必要な教育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にするため、適宜レクリエーション行事を企画します。行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者様及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

【事故発生時の対応】

当事業におけるサービスは、万全の体制でサービスの提供にあたりますが、万一事故

が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族・身元引受人、関係市町村等にご連絡するとともに、事故に遭われた方の救済、事故の拡大防止等必要な措置を講じます。

(2)介護保険給付外サービス

【理容】理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

【日常生活品の購入代行】

ご利用者およびご家族が自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。ご利用される場合は、やむをえない場合を除き、3 日前までに購入代金を添えてお申し込み下さい。

【複写代】

ご利用者およびご家族はサービス提供の記録他、情報開示請求を行う場合には必要に応じて複写にかかる実費相当をお支払いいただくものとします。

8. 利用料金

(1) 介護保険対象サービス利用料 (2024 年 4 月 1 日～)

項 目		利用料	介護保 険 給付額	利用者負担額 (日額)			1 ヶ月(30 日) 利用料金		
				1割 負担	2割 負担	3割 負担	1割 負担	2割 負担	3割 負担
基 本 部 分	要介護1	5,460 円	4,914 円	546 円	1,092 円	1,638 円	16,380 円	32,760 円	49,140 円
	要介護2	6,140 円	5,526 円	614 円	1,228 円	1,842 円	18,420 円	36,840 円	55,260 円
	要介護3	6,850 円	6,165 円	685 円	1,370 円	2,055 円	20,550 円	41,100 円	61,650 円
	要介護4	7,500 円	6,750 円	750 円	1,500 円	2,250 円	22,500 円	45,000 円	67,500 円
	要介護5	8,200 円	7,380 円	820 円	1,640 円	2,460 円	24,600 円	49,200 円	73,800 円
加	サービス提供 体制機能強化 加算(Ⅰ)	220 円 /日	198 円	22 円	44 円	66 円	660 円	1,080 円	1,980 円
	サービス提供 体制機能強化 加算(Ⅱ)	180 円 /日	162 円	18 円	36 円	54 円	540 円	1,080 円	1,620 円

算 分	サービス提供 体制機能強化 加算(Ⅲ)	60 円 /日	54 円	6 円	12 円	18 円	180 円	360 円	540 円
	協力医療 機 関 連 携 加算	1,000 円 /月	900 円 /月	100 円 /月	200 円 /月	300 円 /月	3,000 円 /月	6,000 円 /月	9,000 円 /月
	夜間看護 体制加算	90 円 /月	81 円 /月	9 円 /月	18 円 /月	27 円 /月	270 円 /月	540 円 /円	810 円 /円
	退居時情 報提供加 算	2,500 円 /回		250 円 /回	500 円 /回	750 円 /回			
	生活機能向 上連携加算 (Ⅰ)	1,000 円 /月	900 円	100 円	200 円	300 円	100 円	200 円	300 円
	生活機能向 上連携加算 (Ⅱ)	2,000 円 /月	1800 円	200 円	400 円	600 円	200 円	400 円	600 円
	退院・退所 時連携加算	30 円 /日	270 円	30 円	60 円	120 円	900 円	1,800 円	2700 円
	入居継続支 援加算	360 円 /日	324 円	36 円	72 円	108 円	1,080 円	2,160 円	3,240 円
	介護職員等 処遇改善加 算 (Ⅰ)	所定単 位数の 12.8%	左記の 単位数 × 地域 区分	左記の 単位数 の 1 割	左記の 単位数 の 2 割	左記の 単位数 の 3 割			
	介護職員等 処遇改善加 算 (Ⅱ)	所定単 位数の 12.2%	左記の 単位数 × 地域 区分	左記 の単位 数の 1 割	左記の 単位数 の 2 割	左記の 単位数 の 3 割			

介護職員等 処遇改善加 算(Ⅲ)	所定単 位数の 11.0%	左記の 単 位 数 × 地 域 区分	左記 の単位 数の1 割	左記の 単位数 の2割	左 記 の 単 位 数 の3割			
介護職員等 処遇改善加 算(Ⅳ)	所 定 単 位 数 の 8.8%	左 記 の 単 位 数 × 地 域 区分	左記の 単位数 の1割	左 記 の 単 位 数 の2割	左 記 の 単 位 数 の3割			
看取り介護 加算(Ⅰ)	(1) 死亡日45日前～31日前 72円/日							
	(2) 死亡日30日前～4日前 144円/日							
	(3) 死亡日前々日～前日 680円/日							
	(4) 死亡日 1,280円/日							

(2)居住費及び食費

品 目	単位	金 額	備 考
居住費	1日	2,000 円	月額 60,000 円
食 費	1日	朝 380 円 昼 480 円 夕 650 円	日額 1,510 円
光熱費	1 日	400 円	月額 12,000 円
管理費	1ヵ月	27,7000 円	月額 27,700 円

(3)日常生活費、その他の費用

品 目	金 額
レクリエーション材料費	実費
日常生活上必要な物品の購入費（オムツ代等）	実費(別紙)

(4) 保証金について(原状回復にかかる費用)

入居時に、保証金として居住費(部屋代)の 3 か月分として 180,000 円をお預かりいたします。尚、お預かりした保証金は、退去される時にお部屋の原状復帰等に必要な金額を差し引いて払い戻しいたします。

(5) 利用料金の支払い方法

利用料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し請求いたしますので、翌月月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

窓口でのお支払い	施設の窓口にてご入金
指定口座へのお振込み	西日本シティ銀行 大牟田支店 普済預金 口座番号 2375766 名義人 医療法人 CLS すがはら 理事長 菅原謙三

9. 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応 : 別途定める消防計画に則り対応を行います。
- (2) 平常時の訓練等防災設備: 別途定める消防計画の則り、年2回夜間および、昼間を想定

設備名称	設置の有無	設備名称	設置の有無
スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
屋内消火栓	あり	非常通報装置	あり
自動火災報知機	あり	漏電火災報知機	あり
誘導灯	あり		

- (3) 消防計画 : 消防署への届出日 : 令和 6 年 3 月 28 日

- (4) ③の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

10. 苦情処理の体制

(1) 当事業所への苦情受付

苦情の受付は、口頭でも、窓口に設置した受付ボックスでも受付けております。ご利用者及びご家族等の要望に応えられるよう迅速に対応致します。

○ 苦情受付窓口（担当者）

山本明日香 （管理者）

連絡先 0944-55-0150

○ 苦情解決責任者

菅原 謙三 （理事長）

連絡先 0944-55-1212

(2)行政機関その他苦情受付機関

機 関	住 所
大牟田市福祉課	大牟田市有明町2丁目3番地 TEL 0944-41-2683 FAX 0944-41-2662
福岡県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7857
福岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	福岡県春日市原町3丁目 1-7 TEL 092-915-3511 FAX 092-584-3354

11. 秘密の保持と個人情報保護について

事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びその家族等の個人情報を漏洩いたしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

12. 虐待の防止について

虐待の防止について 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- ①従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ②成年後見制度の利用を支援します。
- ③苦情解決体制を整備します。
- ④サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑤虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ⑥虐待防止のための指針の整備をしています。

13.身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危機が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14.衛生管理等

- (1) 特定施設入居者生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 特定施設入居者生活介護事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に無密接な連携に努めます。

15.業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定特定施設入居者生活介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

16.協力医療機関等

- 1 主治医との連携を基本としつつ、利用者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めるものとします。
- 2 前項の規定に基づき協力医療機関を定めるに当たっては、次に掲げる要件を満たす協力医療機関を定めるよう努めるものとします。
 - (1) 利用者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保します。

- (2)事業所から診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保します。
- 3 事業者は、協力医療機関との間で、利用者等の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行います。
 - 4 事業者は、1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を、市長に届け出ます。
 - 5 事業者は、利用者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該利用者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び施設に速やかに入居させることができるように努めます。
 - 6 事業者は、あらかじめ、協力歯科医療連携機関を定めておくよう努めます。

17.ハラスメントについて

事業者は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針を明確化等の必要な措置を講じるものとします。

18. 当施設ご利用の際に留意いただきたい事項

【居室の変更】ご入居者の心身の状態、生活への適応状況により必要と認められた場合には、医師の意見を踏まえた上で居室の変更を行う事があります。尚、居室の変更に際しては、ご本人及び身元引受人の同意を得るものとします。

【来訪・面会】面会時間は 14:00～16:00 です。来訪者は、必ずその都度、ご面会簿への記載をお願いいたします。

【外泊・外出】外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。なお、外泊期間中も居住費をご負担いただきます。

【食事】食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。前日までにお申し出があった場合は、食費は発生いたしません。

【医療機関への受診】医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、協力医療機関において診療や入院治療を受ける事ができます。ただし、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を義務付けるものではありません。診療等に関する費用は、ご本人の負担となります。

協力医療機関 医療法人 CLS すがはら 菅原病院
福岡県大牟田市小川町30番地1
TEL 0944-55-1212 FAX 0944-22-2157

協力医療機関 そのだ歯科医院

福岡県大牟田市新地町17-5

TEL0944-52-4188

【居室・設備・器具の利用】

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、利用者様に自己負担により原状に服していただくか、又は相当の対価をお支払いいただく場合があります。利用者様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、但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をお願いします。

【喫煙・飲酒】

施設内は禁煙です。飲酒はできません。

【迷惑行為等】

騒音等他の利用者様の迷惑にならないようにしてください。

【宗教活動・政治活動】

施設内で他の利用者に対する宗教活動及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。

私は、地域密着型特定施設入居者生活介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 令和 年 月 日
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、地域密着型特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

同意日 令和 年 月 日

利用者
住所
氏名 印

利用者の身元引受人
住所
氏名 印
利用者との関係