

社会福祉法人健生会
特別養護老人ホーム高崎花の苑重要事項説明書

令和7年1月1日現在

当施設は介護保険の指定を受けています。
(高崎市指定 第1090200633号)

当施設はご契約者に対して地域密着型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

- (1) 法人名 社会福祉法人健生会
- (2) 法人所在地 高崎市日高町419番地
- (3) 電話番号 027-361-2066
- (4) 代表者氏名 理事長 安藤 義孝
- (5) 設立年月日 昭和61年12月18日

2. ご利用施設の案内

- (1) 施設の種類 指定地域密着型介護老人福祉施設
平成26年4月2日指定 高崎市指令高第1090200633号
- (2) 施設の目的 常時介護を必要とし、自宅での生活が困難な方の日常生活上の介護等を施し、明るく健康で快適な生活が過ごせるように介護いたします。
- (3) 施設の名称 社会福祉法人健生会特別養護老人ホーム高崎花の苑
- (4) 施設の所在地 群馬県 高崎市 日高町433-1
- (5) 電話番号 027-329-7211
- (6) ファックス 027-329-7212
- (7) 施設長 加藤 和昭
- (8) 当施設の運営方針 入居者の個性を尊重し家庭的な温かみのある介護に心がけ
安全で快適な生活が送れるように努力します。
- (9) 開設年月日 平成26年4月2日
- (10) 入所定員 29人 3ユニット 10名 10名 9名
- (11) 施設の概要
 - ① 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階
 - ② 建物の延床面積 1637.37㎡
 - ③ 敷地面積 2471.72㎡

④ 併設事業

当施設では、以下の事業を併設して実施します。

- ・〔指定短期入所生活介護 指定介護予防短期入所生活介護〕
平成26年4月2日指定 高崎市 1070204985号定員 10名
平成29年3月15日指定 高崎市 1070206170号定員 10名
- ・〔指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護〕
平成27年9月1日指定 高崎市 1090200757号定員 29名
平成29年3月15日指定 高崎市 1090200930号定員 29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。入居される居室は、1人部屋です。どの居室に入居するかはご希望旨お申し出下さい。但し、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

居室の決定方法は、次の通りです。

- ・ご契約者の個性及び身体状態並びに精神状態などを総合的に考慮し決定します。
- ・入居後、ご契約者の個性及び身体状態並びに精神状態に応じて居室を変更することやユニットを変更する場合があります。

居室設備の種類	室数	備 考
個室（1人部屋）	29	洗面所居室内に設置
合 計	29	1ユニット 9～10室
共同生活室	3	食事、団欒、余暇の空間
浴 室	2	簡易機械浴2・自立浴槽4
ボランティア室	1	
多 目 的 室	1	地域交流

*上記は、高崎市が定める基準により、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護に必要な施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種を配置しています。

〈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 員	職 種	指定基準人員
1. 施設長	(1名)	5. 医師	(1名)
2. 生活相談員	(1名)	6. 機能訓練指導員	(1名)
3. 介護職員	16名以上	7. 介護支援専門員	(1名)
4. 看護職員	(2名以上)	8. 管理栄養士	(1名)

()は兼務者となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種と職務内容	勤務体制
1. 施設長 施設の責任者として管理と統括を行います。	標準的な時間帯における最低配置人員 日 中 9 : 00 ~ 18 : 00 1名
2. 医師 ご契約者の健康管理や療養上の指導を行います。	隔週火曜日 13 : 30 ~ 15 : 30 1名
3. 介護職員 ご契約者の日常生活上の支援を行います。	標準的な時間帯における最低配置人員 早 朝 7 : 00 ~ 16 : 00 1名 日 中 9 : 30 ~ 18 : 30 随時 日中遅 11 : 00 ~ 20 : 00 1名 深 遅 13 : 00 ~ 22 : 00 1名 夜 間 22 : 00 ~ 7 : 00 1名
4. 看護職員 ご契約者の健康管理や療養上の支援を行います。	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 9 : 30 ~ 18 : 30 1名
5. 生活相談員 ご契約者の日常生活の相談・助言を行います。	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 30 1名
6. 介護支援専門員 ご契約者の施設サービス計画(ケアプラン)の作成をします。	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 30 1名
7. 機能訓練指導員 ご契約者の日常生活における必要な機能訓練を行います	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 9 : 30 ~ 18 : 30 1名
8. 管理栄養士 ご契約者の健康管理を栄養面から行います。	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 8 : 30 ~ 17 : 30 1名

※適宜勤務時間が変更になる場合もございます。

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。

- | |
|---|
| (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頂く場合 |
|---|

があります。

(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)

介護に要する費用 (ご利用者の負担割合は介護保険負担割合証によります。食事にかかる費用・居住費相当分は除く。) が介護保険から給付されます。

サービスの概要

ア 入浴

- ・入浴又は清拭を週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。

イ 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。

ウ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

エ 健康管理

- ・医師や看護職員 (看護師) が健康管理を行います。

オ その他自立への支援

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

サービス利用料金 (契約書第5条参照)

別紙料金表によって、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) と食事に係る負担額及び居住費相当分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。)

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合や給付制限がある場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払い頂きます。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。詳細は別表をご参照下さい。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

(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、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

サービスの概要

ア 食事の提供

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者様の身体の状況

及び嗜好を考慮した食事を提供します。

- ・ご契約者様の自立支援のため離床して食堂で召し上がっていただく事を原則としています。（但し 体調や希望により場所の選択も可能）

（食事時間）朝食 7：45～ 昼食 12：00～ 夕食 17：45～

（但し 体調や希望により時間の選択も可能）

イ 特別な食事（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

ウ 理髪・美容

理容師・美容師の出張サービスが受けられます。

エ 貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用頂けます。

1日につき100円の管理が発生いたします。

オ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーション、クラブ活動に参加して頂くことができます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

カ 複写物の交付

ご契約者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には費用をご負担頂きます。（1枚につき10円）

キ 日常生活上必要となる諸経費

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に負担して頂くことが適当であるものに係る費用を自費負担頂きます。

テレビ等お持込の際には、電気使用料金として1日つき100円電気料金が発生します。

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。

ク 契約書第19条に定める所定の料金

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わる料金

ケ 入所前健康診断

施設入所にあたり、ご本人の感染症の有無や身体状況の把握のために事前に健康診断が必要になります。（医療保険外のため10000円程度）

サービス利用料金（契約書第5条参照）

別表料金表によって利用料を算定します。費用の詳細は別表をご参照下さい。

（3）利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

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20日までに以下のいずれの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア	窓口での現金支払
イ	下記指定口座への振り込み 八十二銀行 高崎支店 普通預金 口座番号 0326745 ケンセイカイトカサキハナノソノ
ウ	金融機関口座からの自動引き落とし 口座振替日は毎月27日です。口座振替ができなかった場合には当月に再振替は行いません。施設窓口での支払い又はお振込みをお願い致します。 翌月に2か月分をまとめて口座振替を希望される場合には手数料150円をいただきます。 <u>利用最終月の費用の引き落としについては、自動引き落としができない場合もございます。(ご本人が逝去され、ご本人名義の口座であった場合等)</u>

(4) 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、下記の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。)

ア 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団日高会 平成日高クリニック
所在地	群馬県高崎市中尾町807-1
診療科	内科等
医療機関の名称	さとう歯科
所在地	群馬県高崎市上中居町62
診療科	歯科

6. 施設を退所して頂く場合 (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となります。(契約書13条参照)

- ① 介護認定によりご契約者の身体の状況が要介護度2以下と判定された場合
- 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 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 契約者から退所の申し出があった場合
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合

(1) ご契約者から退所の申し出 (中途解約・解約解除) (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守秘義務に違反した場合
- 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を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係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業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 3 か月を超えて病院又は診療所に入院することが見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ご契約者が他の介護施設等に入所された場合

*ご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 12 泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担頂きます。（1 日当たり 〇〇〇〇 円）

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、3 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できます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居宅等をご利用頂く場合があります。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担頂きます。

③ 3 か月以内の退院が見込まれない場合

3 か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。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

〈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、介護保険からの給付される費用の一部をご負担頂くものです。

なお、ご契約者が利用して頂くベッドを短期入所生活介護に活用することに同意頂く場合には、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。

- 適切な病院若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

* ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助に係る費用として、
円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担頂きます。

7. 残置物引取人（契約書第 20 条参照）

契約締結に当たり、身元引受人をお願いすることはありません。

但し、入所契約が終了した後、等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。（契約書第 22 条参照）

当施設は「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物 を引き取って頂きます。

また、引き渡しに係る費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担頂きます。

8. 事故発生時の対応について（契約書第 10 条参照）

当施設における事故発生時の対応について

- 事故発生時には、利用者の家族、嘱託医又は協力病院と連携を取りながら適切な対応をします。
- 利用者の家族、関係機関に対して速やかに連絡・報告等を行います。
- 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- 事故発生時の状況を調査分析し、再発防止策を講じるものとする。

9. 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。

○苦情受付窓口（担当者）

【職名】 施設長 加藤 和昭
生活相談員 林 寛美

○第三者委員会 健生会で共同設置

○電話番号 027-329-7211

○受付時間 毎週月曜日から金曜日

午前9時00分から午後6時00分まで

（2）行政機関その他苦情受付機関

高崎市役所	所在地 群馬県高崎市高松町35番地1
-------	--------------------

介護保険担当課	電話番号 027-321-1111
	FAX 027-327-6470
国民健康保険団体連合会	所在地 前橋市元総社町335-8
	電話番号 027-290-1323
	FAX 027-255-5308
群馬県社会福祉協議会	所在地 前橋市新前橋町13-12
	電話番号 027-255-6033
	FAX 027-255-6173

10. 第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施状況	あり	なし
	実施日：	
	結果の開示：	

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。

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
特別養護老人ホーム高崎花の苑

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、本書面を受領しました。
指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

利用者住所

氏 名 _____ 印 _____

身元保証人住所

氏 名 _____ 印 _____