

昭寿園サンヒルズユニット型

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

令和6年8月

当事業所は介護保険の指定を受けています。
宮崎県指定 第4570401242

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。サービス提供の開始にあたり、指定介護老人福祉施設運営規程に基づき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とおり説明します。

1. 事業者に関すること

法人名	社会福祉法人 敬和会 (けいわかい)
法人の所在	宮崎県日南市大字風田3224番地
電話番号	0987-23-1045
代表者氏名	理事長 谷口 弥三郎
設立年月日	昭和47年10月27日

2. 事業所に関すること

事業所の種類	指定介護老人福祉施設
事業所の名称	特別養護老人ホーム 昭寿園サンヒルズ
	日南市大字風田3224番地
事業所の番号	平成27年7月1日 宮崎県指定 第4570401242
電話番号	0987-23-1045
FAX番号	0987-23-1328
施設長名	谷口 裕子
開設年月日	平成27年7月1日
その他	福祉サービス第三者評価の実施状況 無
本事業の目的及び運営方針	① ユニット型施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。 ② ユニット型施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村(以下「保険者」という。)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保健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ます。

当法人が 行っている その他の サービス	通所介護事業（昭寿園デイサービスセンター） 第1号通所事業 訪問介護事業（ホームヘルプサービス） 第1号訪問事業 空床型短期入所生活介護事業（ショートステイ） 空床型介護予防短期入所生活介護事業 居宅介護支援事業（昭寿園ケアプラン作成事業所） 養護老人ホーム 和幸園 住宅型有料老人ホーム サンテラス昭寿園
-------------------------------	---

3. 施設の概要

(1) 敷地・建物

敷地	4, 212. 91㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート造6階建（耐火建築）
	延べ床面積	7, 657. 28㎡
	定員	ユニット型個室120名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	基準面積等
ユニット型個室	120室	13. 5㎡	10. 65㎡
居室洗面台	120ヶ所		温水対応

(3) 主な設備

設備の種類	室数等	面積	1人あたりの面積
生活共同室(食堂及び機能訓練)	12室	46㎡	4. 6㎡
浴室	6室	30㎡	
脱衣室	6室		
座位式特浴槽等	6台		
医務室	1室	36. 19㎡	
静養室	1室	20. 7㎡	
談話コーナー	4ヶ所	12. 7㎡	
ゲストルーム1	1ヶ所	29. 6㎡	
ゲストルーム2	1ヶ所	30. 1㎡	
大研修室	1ヶ所	126. 15㎡	
小研修室	1ヶ所	68. 35㎡	
エレベーター	2基		
相談室1	1ヶ所	10. 175㎡	
相談室2	1ヶ所	30. 1㎡	
エレベーターホール	4ヶ所	13. 062㎡	

※食堂及び機能訓練室の指定基準は、1人あたりの面積が2㎡になっております。

(4) その他の設備

品 名	個 数	用 途
マイクロ波治療器	1	電気治療器
平行棒	2	機能訓練
メドマー	2	〃
テレビ	13	娯楽用
ビデオプロジェクター ピアノ オーディオシステム	各1	〃
カラオケ	2	〃

4. 職員体制 ※職員の配置については指定基準を遵守しています。

従事者の職種	常勤換算人数	
施設長	1名	
事務員	2名以上	
生活相談員	2名以上	
介護職員	40名以上	内、看護職員5名以上
看護職員		
機能訓練指導員	1名以上	
介護支援専門員	2名以上	
管理栄養士	1名以上	
歯科衛生士	1名以上	
介助職員	1名以上	
医師	必要数	(嘱託医 内科5名 協力歯科医1名)

注1 ユニット型施設では最低でも昼間については常時ユニットごとに1名、夜間は2ユニットごとに1名の配置となっております。

5. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施 設 長	平日 (8:00~17:00)
事 務 員	平日 (8:00~17:00) 土・日・祝は交代制
生 活 相 談 員	平日 (8:00~17:00)
看 護 職 員	毎日 (7:00~22:00 までの時間帯に最少で1名配置)
機能訓練指導員	平日 (8:00~17:00)
介 護 職 員	標準的な時間帯における最低配置人員 毎日 (7:00~19:00) 1ユニットに1人以上の配置 夜間 (19:00~7:00) は2ユニットで1人配置
介護支援専門員	平日 (8:00~17:00)
歯 科 衛 生 士	平日 (8:00~17:00)
管 理 栄 養 士	平日 (8:00~17:00)
栄 養 士	平日 (8:00~17:00)
調 理 員	毎日 (5:00~19:20) 交代制で最低2人以上配置
介 助 職 員	平日 (8:00~17:00)

6. 当施設が提供するサービスの内容

種 類	内 容
食 事	<p>《献立》 栄養計算を行い入居者の嗜好、心身状況、健康・栄養状態を考慮した食事を提供します。献立は季節の材料を用い、バラエティに富んだ内容です。</p> <p>《食事形態》 入居者の食事摂取機能を考えた適切な食事形態で提供します。</p> <p>《食事時間/場所》 入居者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供するとともに、入居者が心身の状況に応じてできる限り自立して食事を摂ることができるよう必要な時間を確保致します。(食事提供時間、食事場所等で相談がある場合は申出下さい。食事摂取時間など考慮して検討致します。) 入居者の意思を尊重し、他の入居者と相互関係を築きやすいように食堂(共同生活室)で食べていただくように支援します。本人の希望や心身の状況によってはベッドサイド等で食べていただく場合もあります。また、気候の良い時期には野外での食事の提供も行います。</p> <p>《行事食》 慣習や行事に合わせ、季節ごとの食事の提供に努めます。</p> <p>《食事介助》 入居者の残存機能を活かし、咀嚼状況、嚥下状況等に応じ必要及び適切な支援又は介助に努めます。</p>
口 腔 ケ ア	<p>歯科医師及び歯科衛生士から介護職員が指導を受け、入居者一人一人に適した口腔ケアのサービスを提供するとともに、口腔疾患の早期発見、口腔機能の維持、向上に努め、必要に応じて支援と介助を行います。</p>

排 泄	<p>《排泄介助の方法》 入居者の残存機能を活かし、適切な方法で自立を促すための支援を行います。おむつを使用せざるを得ない入居者には、排泄の自立を図りながら、おむつの取り替えを適切に致します。(おむつは介護保険給付対象です。入居者の負担はありません)</p>
入 浴	<p>《入浴の方法》 入居者が身体清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるように、適切な方法により入居者に入浴の機会を提供致します。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことで入浴の提供に、代えさせていただきます。(座位のとれる方は座位式特殊浴槽、寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を利用して入浴可能です。心身状況や本人の希望に応じて変更は可能です。)</p>
離床・更衣・整容等	<p>《離床》寝たきりの防止のために、できる限り車椅子等への離床に配慮します。 《更衣》心身状況に合わせ更衣を行い、清潔な生活を保てるよう努めます。 《整容》整容については、残存機能を活かした援助に努めるとともに寝たきり等の入居者には職員が適切な整容に努めます。</p>
健 康 管 理	<p>《配置医師(春光会記念病院、島田内科胃腸科、おび中央病院)による健康管理》 配置医師により、入居者の健康管理と療養指導を行います。 入居者の病状の急変等に備える為、施設に対して、あらかじめ配置医師による対応その他の方法による対応方針を定めます</p> <p>《看護職員等による健康管理》 看護職員等によりバイタルチェックを行い、状況に応じて医師への報告、医師の指示に基づき、外来受診を行います。又、症状に応じて家族の方への報告を行います。</p> <p>《歯科医師による健康管理》 介護職員、歯科衛生士により口腔内の健康状態の確認を行い、状況に応じて歯科医師へ報告、歯科医師の指示に基づき外来受診を行います。又症状に応じて家族への報告を行います。</p> <p>《緊急時の対応》 緊急時は速やかに医師に連絡を行い、医師の指示に基づき入院等の処置を行います。入院に関して基本的に家族の同意により行いますが、緊急の場合は施設の判断で行いますのでご了承下さい。</p> <p>《受診》 医師の指示により受診が必要な場合は、家族同伴とします。受診の順番待ちや検査などの付き添いは原則、家族に依頼致します。ただし、やむを得ない事情で家族の付き添いが出来ない場合は申し出下さい。又、入院の際も同様です。</p> <p>《身体拘束解除の取り組み》 身体的拘束適正化のための指針により、やむを得ない場合を除き身体拘束は当施設では行いません。</p> <p>《事故防止対策》 安全管理要綱により入居者の安全に留意し施設全般のサービス提供に努めます。(事故発生時の対応) 入居者に対するユニット型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時又はそれに至る危険性がある事態が生じた時は、その状況を速やかに保険者、入居者の家族及び施設長に連絡を行います。 前項による当該事実の報告を受けた場合は、施設長はその事故の分析を講じた改善策を職員に周知徹底するものとし、体制を整備します。事故発生防止のための委員会を設け、職員に対する研修を定期的に行います。入居者に対するユニット型指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに講じるものとし、</p> <p>《感染症、床ずれ予防対策》 感染症予防対策要綱等により、必要な対策を行います。</p>
機 能 訓 練	<p>機能訓練指導員により、入居者の心身状況、残存機能に応じた機能訓練計画に基づく個別及びグループ別の機能訓練を行います。</p>

入院時の取扱い	概ね3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる時は、その者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に入所することができます。
協力医療機関	協力医療機関：医療法人同仁会 谷口病院 協力歯科医療機関：医療法人アーク 昭寿園前歯科
非常災害対策	非常災害その他の緊急の事態に備え必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、年度防災計画に基づき毎月、入居者及び職員等の訓練を行います。
相談・援助	入居者及びその家族から入居者の入居生活に関する相談については誠意をもって対応し、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 《担当する職員》 生活相談員
委員会の設置	感染症対策委員会、人権擁護・虐待防止委員会、身体拘束等の適正化委員会、事故防止（リスクマネジメント）委員会を設置し定期的に委員会の開催を行います。 事故防止（リスクマネジメント）委員会に関しては月に1回委員会の開催を行います。
教養等 (社会生活上の便宜の提供等)	入居者が生きがいをもって生活していただくための行事や必要な娯楽設備を整えています。 ※感染症の流行状況によっては、行事や外出が出来ない場合があります。 《行事》 (4月・5月) 花見 (6月) のど自慢 (7月) 昭寿園祭 (9月) 敬老会 (10月) 室内運動会 (12月) クリスマス会 (1月) 神社参拝 (2月) 節分 (毎月) 誕生会、外出の日、移動図書館 他 《ユニットワーク》 長寿体操、風船バレー、カラオケ、ビデオ鑑賞、ボーリング、その他、行います。

7. 介護保険給付サービス利用料金（1日あたり）〔第5条関係〕

介護保険給付対象サービスについては、サービス利用料金の介護保険負担割合証による額がご利用者様ご負担となります。

ユニット型介護福祉施設サービス費 1割負担の場合

介護度	サービス利用料金	利用者負担金	1ヶ月利用料金
要介護1	6,700円	670円	670円×利用日数
要介護2	7,400円	740円	740円×利用日数
要介護3	8,150円	815円	815円×利用日数
要介護4	8,860円	886円	886円×利用日数
要介護5	9,550円	955円	955円×利用日数

※2割負担の場合は上記金額の2倍、3割負担の場合は上記金額の3倍になります。

8. その他の介護保険給付サービス加算 (1割負担の場合)

個別機能訓練加算 (I)	機能訓練指導員により利用者の心身状況、残存機能に応じた個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行います。1日あたり12円の負担が必要です。
個別機能訓練加算 (II)	個別機能訓練計画書の情報を厚生労働省に提出し、サービスを提供するに当たって当該情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施します。 1ヶ月あたり20円の負担が必要です
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合に1回あたり6円の負担が必要です。 1日3回(食)を限度とします。
サービス提供体制強化加算I	介護職員総数の介護福祉士の割合が80%以上配置しています。科学的介護情報システム(LIFE)を活用したPDCAサイクルを構築し、サービスの質の向上を図ります。1日あたり22円の負担が必要です。
夜勤職員配置加算IV	夜勤帯(17時～翌9時)に基準より1名以上多く配置しています。(計算方法は国基準)また夜間帯(17時～翌9時)の間に、連続して看護職員又は喀痰吸引の資格保有者(特定登録者)を1名以上配置しています。1日あたり21円の負担が必要です。
看護体制加算I	常勤の看護師を1名以上配置しています。1日あたり4円の負担が必要です。
看護体制加算II	入所者の人数に応じた看護職員を基準以上に配置しています。また病院との連携も24時間連絡ができる体制を確保しています。 1日あたり8円の負担が必要です。
口腔衛生管理加算 (II)	口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスにあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効のために必要な情報を活用し実施します。1ヶ月あたり110円の負担が必要です。
看取り介護加算(I)	配置医師より医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され同意された方のみ、死亡日以前31日以上～45日以下については1日72単位、死亡日以前4日以上30日以下については1日につき144単位を、死亡日の前日及び前々日については1日680単位を、死亡日については1日につき1280単位の負担が死亡月に必要です。
初期加算	入所して30日の期間は、当日より1日あたり30円の負担が必要です
外泊時費用	利用者が入院及び外泊をされた場合、6日を限度として1日あたり246円が必要です。(初日及び末日の負担は必要ありません) (注)入院・外泊が月をまたぐ場合は最長で連続12日が対象となります。
科学的介護 推進体制加算(II)	入所者・利用者ごとの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を厚生労働省へ提出し、必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、その情報を適切かつ有効に活用し、サービスの質の向上に努めます。1ヶ月あたり50円の負担が必要です。
褥瘡マネジメント加算(I)	褥瘡発生を予防する為、定期的な評価を実施します。その評価結果を厚生労働省に報告を行い、褥瘡ケア計画に基づき、褥瘡管理を行います。1ヶ月あたり3円の負担が必要です。
安全対策体制加算	安全管理対策部門を設置し、事故の防止や事故発生時の対応について、適切に職員全員に行き渡る体制を整備しています。入所時に1回20円の負担が必要です。 《担当者する職員》生活相談員 羽田野 広治
介護職員等処遇改善加算	1ヶ月の利用単位数合計にサービス別加算率(14.0%)を乗じた単位数が算定されます。介護度・利用日数・利用状況等によって単位数が変わります。

※2割負担の場合は上記加算金額の2倍になります。3割負担の場合は上記加算金額の3倍になります。

9. 介護保険外給付サービスと利用料金

(1) 食事の提供に要する費用（食材費及び調理費）

利用者に提供する食事の材料費及び調理費（1日 1,445円）にかかる費用です。

ただし、介護保険負担限度額認定証を受けている方は、その認定証に記載された食費の金額（1日あたり）のご負担になります。

(2) 居住費に要する費用（光熱水費）

当施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり光熱水費相当額（1日 2,066円）をご負担していただきます。

ただし、介護保険負担限度額認定証を受けている方は、その認定証に記載された滞在費（居住費）の金額（1日あたり）のご負担となります。

対象者	通常 (第4段階)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		生活保護受給者等 (第1段階)	年金収入等80万円以下 (第2段階)	年金収入等80万円超120万円以下 (第3段階①)	年金収入等120万円超 (第3段階②)
食事提供に要する費用	1,445円	300円	390円	650円	1,360円
居住（滞在）に要する費用	2,066円	880円	880円	1,370円	1,370円

(注) 入院期間中の利用料金については、居住費の負担が必要です。

入院翌日より7日以降は居住費として、1日 2,066円をご負担して頂くことになります。

尚、ご契約者が入居していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意頂き、活用させて頂く場合には居住費をご負担頂く必要はありません。

(3) 次のサービスは自己負担となります。(介護保険給付外サービス)

種類	内容
クラブ活動	クラブ活動やレクリエーションによっては、活動費・経費等を負担していただく場合があります。
理美容サービス	随時行います。
特別な食事 その他	契約者の希望により特別に提供された食事、施設で準備・貸与する物品以外に本人の希望により購入するものについては、実費を負担していただきます。

10. 料金の支払い方法 [第5条関係]

【請求書の送付】

1ヵ月ごとに入居料金を計算し、サービスを受けた翌月10日までに投函し、契約者又は契約者代理人へ請求書を送付致します。

【支払方法】

入居者様名義での口座引落となります。

(手続きの関係で、引落がご利用月の翌々月になる場合もございます)

対象金融機関	宮崎銀行、宮崎太陽銀行、宮崎第一信用金庫、宮崎県南部信用組合、九州労働金庫（宮崎県内の営業店）、宮崎県下農業協同組合、ゆうちょ銀行、宮崎県下漁業協同組合、鹿児島銀行、西日本銀行、肥後銀行、大分銀行、福岡銀行、西日本シティ銀行、南日本銀行
引落日	20日（20日が土日祝日の場合は、翌営業日の引落になります） 19日までに、残高の確認をお願いします
手数料	99円

口座引落の契約口座が引落出来ない場合は、下記の口座に振込をお願いします。

<振込口座>

(振込手数料は入居者様負担となります)

金融機関	種別	口座番号	預金口座名義
宮崎銀行 油津支店	普通預金	1303611	デイ・サービスセンター 所長 谷口 弥三郎

1 1. 施設を退所していただく場合 (契約の終了)

※当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めてありません。したがって、次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。万一、次のような事項に該当するに至った場合は、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になります。

〔第13条関係〕

- ① 契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者が心身の自立又は要支援と判定された場合
- ③ 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施設を閉鎖した場合
- ④ 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
- ⑤ 当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
- ⑥ 退所後入院期間中に要介護認定によりご契約者が介護2以下と判定された場合

【ご契約者からの申出】〔第14条関係〕

契約の有効期間であっても、ご契約者は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7日前までに退所申出書をご提出下さい。

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出来ます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの入居料金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、その他本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つける恐れがある場合

【事業者からの申出により退所していただく場合】〔第16条関係〕

以下の事項に該当する場合は、当施設を退所していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約終結時その心身の状況及び病歴等の重要事項について、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入居料金の支払いが6ヵ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は過失により事業者又はサービス従事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ヵ月を越えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

【円滑な退所のための援助として】〔第17条関係〕

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行います。

- ◎ 適切な病院、もしくは診療所又は介護老人保健施設の紹介
- ◎ 居宅介護支援事業者の紹介
- ◎ その他の保健医療サービス、又は福祉サービスの提供者の紹介

【居室明け渡し義務不履行に定める所定料金】〔第19条関係〕

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等については、契約終了日から居室が明け渡された日までの期間について、ご契約者の介護度に応じたサービス入居料金の金額並びに食事・居住費に係る標準自己負担額の合計額をお支払いいただきます。

12. その他、施設をご利用の際の留意点

【面会】面会時は、次の点にご留意下さい。

- ◎ 面会時間は午前7時から午後8時までになっております。(午後7時までの受付) 平日は午後6時に玄関を施錠いたします。土・日・祝日は午後5時に玄関を施錠いたします
玄関が施錠してある場合はインターホンでお知らせ下さい。
- ◎ 飲食物等の持ち込みについては、お断りしております。
- ◎ 手指の消毒等：来訪の際は、玄関備え付けの自動手指消毒器で消毒してください。
また、季節によってはマスクの着用をお願いしております。
- ◎ 面会簿の記入：面会の方は必ず玄関に備え付けの面会簿にご記入ください。
- ◎ 契約者（入居者）の心身を傷つける恐れ、又事故に繋がるような行為は厳に慎み下さい。
- ◎ 契約者（入居者）のプライバシーに対し、問題となるような行動及び迷惑行為は厳に慎み下さい。
- ◎ 感染拡大の状況によっては、感染症対策の為、面会を禁止又はテレビ電話、ガラス越し面会等の対応となる場合がございます。

【外出・外泊】

外出、外泊の際は別紙書類に必要事項を記入していただきます。その際に、食事が不要な場合は前日までにお申出下さい。感染拡大の状況によっては、感染症対策の為、外出・外泊を中止する場合がございます。

【喫煙・飲酒】

喫煙について、当施設内ではご遠慮願います。

飲酒については、ご希望があれば夕食時に提供致します。ただし、協力医師の指示及び、他の入居者に対して迷惑のかかる恐れがある場合についてはお断りすることがあります。

【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利用してください。
故意、また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、汚したりした場合は、ご契約者の自己負担により現状に復していただくか、また相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ◎ ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。
ただし、その場合はご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

【自己所有物品の持込】

日常生活に必要な物品（衣類、洗面具、寝具、介護機器等）の持込についての規制はありません。ただし、次の物品については他の入居者に対する生活への支障を考慮して一部制限や持込をご遠慮していただく場合があります。

- ・仏壇、位牌（部屋のスペースにあわせた大きさに制限があります）
- ・ペット（基本的には持込みできません）
- ・カミソリ、裁縫の針、その他危険物の持ち込みはできません。

【所持品の管理】

日常生活に必要な衣類、備品等については入居時所定の用紙に記入し、確認させていただきます。

なお、消耗の状況により使用できないと判断した場合は、ご入居契約者及び代理人の了解のもと処分させていただきます。

所持品については、持込みの際に必ず名前のご記入をお願いします。

【宗教活動・政治活動・物品販売の禁止】

施設内において、他の入居者及び職員への宗教活動・政治活動・物品販売については、固くお断り申し上げます。

【連帯身元引受人・残置物引取人】

〔第20条関係〕ご契約者又は契約者代理人による入居料金等支払いが相当期間遅延し、相当期間催促をしたにもかかわらず支払いがない場合は、連帯身元引受人が支払いの義務を負うこととなります。入居契約が終了した後、当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」を定めさせていただきます。また、引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いただきます。

施設入居料概算明細表(ユニット型個室) ※1割負担の場合
 様介護度() (令和 年 月 日 現在)

サービス名		単位数	入居負担	入居負担	該当	備考
			1日・1ヶ月あたり	31日分		
		(単位/円)				
サービス費	介護福祉施設 ユニット型	要介護1	670 単位/日	670	20,770	
	要介護2	740 単位/日	740	22,940		
	要介護3	815 単位/日	815	25,265		
	要介護4	886 単位/日	886	27,466		
	要介護5	955 単位/日	955	29,605		
諸 加 算	個別機能訓練加算Ⅰ	12 単位/日	12	372		
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	20	20		
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/月	50	50		
	療養食加算	6 単位/回	18	558	※	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/日	22	682		
	夜勤職員配置加算Ⅳ	21 単位/日	21	651		
	看護体制加算Ⅰ	4 単位/日	4	124		
	看護体制加算Ⅱ	8 単位/日	8	248		
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110 単位/月	110	110		
	初期加算	30 単位/日	30	900	※	
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月	3	3		
	安全対策体制加算	20 単位/回	20	20	※	入所時に1回
	外泊時費用	246 単位/日	246	1,476	※	1ヵ月6日間
	看取り介護加算	72 単位/日 144 単位/日 680 単位/日 1280 単位/日	72 144 680 1,280		※ ※ ※ ※	死亡日45日前から 31日前の間 死亡日以前4日以上 30日以下 死亡日の前日及び 前々日 死亡日
介護職員等処遇改善加算	変動				1ヶ月入居計単 位数×14.0%	
小計						
入 居 料	食費	第1段階	300 円/日	300	9,300	
		第2段階	390 円/日	390	12,090	
		第3段階①	650 円/日	650	20,150	
		第3段階②	1,360 円/日	1,360	42,160	
	居住費	第4段階	1,445 円/日	1,445	44,795	
		第1段階	880 円/日	880	27,280	
		第2段階	880 円/日	880	27,280	
		第3段階①②	1,370 円/日	1,370	42,470	
第4段階	2,066 円/日	2,066	64,046			
小計						
合計						

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設入居料が変わります。ご了承下さい。
 (注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

施設入居料概算明細表(ユニット型個室) ※2割負担の場合
 様介護度() (令和 年 月 日 現在)

サービス名		単位数	入居負担	入居負担	該当	備考
			1日・1ヶ月あたり	31日分		
		(単位/円)				
サービス費	介護福祉施設 ユニット型	要介護1	670 単位/日	1,340	41,540	
	要介護2	740 単位/日	1,480	45,880		
	要介護3	815 単位/日	1,630	50,530		
	要介護4	886 単位/日	1,772	54,932		
	要介護5	955 単位/日	1,910	59,210		
諸 加 算	個別機能訓練加算Ⅰ	12 単位/日	24	744		
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	40	40		
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/月	100	100		
	療養食加算	6 単位/回	36	1,116	※	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/日	44	1,364		
	夜勤職員配置加算Ⅳ	21 単位/日	42	1,302		
	看護体制加算Ⅰ	4 単位/日	8	248		
	看護体制加算Ⅱ	8 単位/日	16	496		
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110 単位/月	220	220		
	初期加算	30 単位/日	60	1,800	※	
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月	6	6		
	安全対策体制加算	20 単位/回	40	40	※	入所時に1回
	外泊時費用	246 単位/日	492	2,952	※	1ヵ月6日間
	看取り介護加算	72 単位/日 144 単位/日 680 単位/日 1280 単位/日	144 288 1,360 2,560		※ ※ ※ ※	死亡日 45 日前から 31 日前の間 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 死亡日の前日及び 前々日 死亡日
介護職員等処遇改善加算	変動				1ヶ月入居合計単 位数×14.0%	
小 計						
入 居 料	食費	第1段階	300 円/日	300	9,300	
		第2段階	390 円/日	390	12,090	
		第3段階①	650 円/日	650	20,150	
		第3段階②	1,360 円/日	1,360	42,160	
	居住費	第4段階	1,445 円/日	1,445	44,795	
		第1段階	880 円/日	880	27,280	
		第2段階	880 円/日	880	27,280	
		第3段階①②	1,370 円/日	1,370	42,470	
第4段階	2,066 円/日	2,066	64,046			
小 計						
合 計						

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設入居料が変わります。ご了承下さい。

(注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

施設入居料概算明細表(ユニット型個室) ※3割負担の場合
 様 介護度() (令和 年 月 日 現在)

サービス名		単位数	入居負担	入居負担	該当	備考
			1日・1ヶ月あたり	31日分 (単位/円)		
サービス費	介護福祉施設 ユニット型	要介護1	670 単位/日	2,010	62,310	
	要介護2	740 単位/日	2,220	68,820		
	要介護3	815 単位/日	2,445	75,795		
	要介護4	886 単位/日	2,658	82,398		
	要介護5	955 単位/日	2,865	88,815		
諸加算	個別機能訓練加算Ⅰ	12 単位/日	36	1,116		
	個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/月	60	60		
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 単位/月	150	150		
	療養食加算	6 単位/回	54	1,674	※	
	サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/日	66	2,046		
	夜勤職員配置加算Ⅳ	21 単位/日	63	1,953		
	看護体制加算Ⅰ	4 単位/日	12	372		
	看護体制加算Ⅱ	8 単位/日	24	744		
	口腔衛生管理加算Ⅱ	110 単位/月	330	330		
	初期加算	30 単位/日	90	2,700	※	
	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月	9	9		
	安全対策体制加算	20 単位/回	60	60	※	入所時に1回
	外泊時費用	246 単位/日	738	4,428	※	1ヵ月6日間
	看取り介護加算	72 単位/日 144 単位/日 680 単位/日 1280 単位/日	216 432 2,040 3,840		※ ※ ※ ※	死亡日45日前から 31日前の間 死亡日以前4日以上 30日以下 死亡日の前日及び 前々日 死亡日
介護職員等処遇改善加算	変動				1ヶ月入居合計 単位数×14.0%	
小 計						
入居料	食費	第1段階	300 円/日	300	9,300	
		第2段階	390 円/日	390	12,090	
		第3段階①	650 円/日	650	20,150	
		第3段階②	1,360 円/日	1,360	42,160	
	居住費	第1段階	880 円/日	880	27,280	
		第2段階	880 円/日	880	27,280	
		第3段階①②	1,370 円/日	1,370	42,470	
		第4段階	2,066 円/日	2,066	64,046	
小 計						
合 計						

(注) 今後、要介護度・諸加算・食費、居住費の段階等に変動がある場合には施設入居料が変わります。ご了承下さい。

(注) 諸加算の※については対象者のみが加算されます。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの入居にあたり、契約者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業者>

住 所 日南市大字風田3224番地

事業者名 社会福祉法人 敬和会

代表者名 理事長 谷口 弥三郎 ⑩

(指定番号 第4570401242)

<説明者>

所 属 生活相談員

氏 名 ⑩

私は本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け、内容を確認の上、重要事項説明書記載の利用料金を支払うことに同意いたしました。

<契約者>

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

<契約代理人>

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩