

地域密着型特別養護老人ホーム フレンドピーチちはや 料金表

R6.12月 改定

【第1段階】世帯全員が市民税非課税で老齢福祉年金を受給されている方及び生活保護者の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	28,288	300	880	63,688
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	30,817			66,217
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	33,311			68,711
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	36,088			71,488
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	38,581			73,981

【第2段階】世帯全員が市民税非課税で合計所得金額+課税及び非課税年金収入が80万円以下の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	28,288	390	880	66,388
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	30,817			68,917
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	33,311			71,411
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	36,088			74,188
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	38,581			76,681

【第3段階①】 世帯全員が市民税非課税で合計所得金額＋課税及び非課税年金収入が80万以上超120万以下の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	28,288	650	1370	88,888
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	30,817			91,417
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	33,311			93,911
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	36,088			96,688
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	38,581			99,181

【第3段階②】 世帯全員が市民税非課税で合計所得金額＋課税及び非課税年金収入が120万越える方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	28,288	1360	1370	110,188
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	30,817			112,717
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	33,311			115,211
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	36,088			117,988
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	38,581			120,481

【第4段階】介護保険負担割合1割の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	28,288	1445	2066	133,618
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	30,817			136,147
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	33,311			138,641
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	36,088			141,418
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	38,581			143,911

【第4段階】介護保険負担割合2割の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	56,576	1445	2066	161,906
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	61,634			166,964
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	66,622			171,952
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	72,176			177,506
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	77,162			182,492

【第4段階】介護保険負担割合3割の方

要介護度	基本単位	介護サービス費											実費		月額入居者負担額（30日）
		加 算（1日当たり）					加 算（1月あたり）			総単位数 1か月合計	地域加算 （×10.45） 単位：円	月額入居者負担額（30日）	食費 （1日）	居住費 （1日）	
		看護体制加算Ⅰ・Ⅱ	夜勤職員配置加算Ⅱ	栄養マネジメント強化加算	個別機能訓練加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ	科学的介護推進加算Ⅰ・Ⅱ	介護職員等処遇改善加算Ⅱ						
要介護1	682	35	46	11	12	6	20	50	3,240	27,070	282,881	84,864	1445	2006	188,394
要介護2	753	35	46	11	12	6	20	50	3,530	29,490	308,170	92,451			195,981
要介護3	828	35	46	11	12	6	20	50	3,667	31,877	333,114	99,933			203,463
要介護4	901	35	46	11	12	6	20	50	4,134	34,534	360,880	108,264			211,794
要介護5	971	35	46	11	12	6	20	50	4,420	36,920	385,814	115,743			219,273

※初期加算・外泊時費用・療養食加算・経口維持加算・褥瘡マネジメント加算・介護職員等ベースアップ等支援加算 看取り介護体制加算 等

当事業所が加算算定要件を満たした場合に、対象となる方のみに加算されます。

※介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護報酬の改定により6月から介護職員等処遇改善Ⅱとして一本化されました。

※協力医療機関連携加算が、令和6年12月1日より加算されます。単位数については、6年度は100単位/月、7年度から50単位となります。

その他の費用について

- 1、食費 介護保険の制度上、1日単位のお支払いとなります。食事量や食事回数に関わらず、1食でも召し上がられた場合は1日分のご負担となります。
- 2、電気代 テレビなど電化製品を持ち込まれる場合は、1か月1000円を頂きます。
- 3、洗濯代 洗濯は業者にて無料で行っておりますが、おしゃれ着等のクリーニングは自費での負担となります。
- 4、理美容代 自費での負担となります。（訪問理美容が毎月1回程度施設に訪問します）
- 5、医療費 自費での負担となります。

その他、ご不明な点がございましたら、いつでもご連絡ください。

地域密着型特別養護老人ホーム フレンドピーチちはや

（TEL） 092-671-6500

（FAX） 092-671-6510

「指定地域密着型特別養護老人ホーム フレンドビーチちはや」

重要事項説明書

1、事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 百友会
 (2)法人所在地 福岡県福岡市東区松崎4丁目17番1号
 (3)電話番号 092-662-8888
 (4)代表者氏名 理事長 中村 吉孝
 (5)設立年月 平成15年11月13日

2、事業所の概要

- (1)施設の種類 指定地域密着型介護老人福祉施設
 福岡市指定介護保険事業所番号 4090800519
 (2)施設の目的 身体的、精神的に障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅において介護を受けることが困難な方に、指定介護福祉施設サービスを提供します。
 (3)施設の名称 地域密着型特別養護老人ホーム フレンドビーチちはや
 (4)施設の所在地 福岡県福岡市東区千早1丁目17番16号
 (5)電話番号 092-671-6500
 (6)管理者 氏名 百田 寛奈
 (7)施設の運営方針 社会福祉法人百友会は、お一人お一人の個性を大切にし、心に寄り添い、共に歩むケアを目指します。
 入居者、ご家族のニーズを尊重し、安心と信頼を与えられるような質の高いサービスを目指します。
 地域密着型介護施設として、地域社会の発展、向上に努めます。
 (8)開設年月 平成30年10月1日
 (9)入居定員 全室個室地域密着型ユニット型特別養護老人ホーム 29名
 ユニット数 3ユニット
 ユニットごとの入居定員 内訳 ユニット いきいき 9名
 ユニット ゆうゆう 10名
 ユニット きずな 10名

3、設備の概要

定員	29名
居室 個室	29室(1室15.22～16.01 m ²) ユニット型
浴室	特殊浴室、リフト浴室、個浴
食堂・居間	ユニットに各1室(2階138.12m ² 、3階133.26m ² ×2)
相談室	1室(10.69 m ²)

4、職員の配置

(主な職員の配置状況) ※職員の配置については、指定基準を厳守しております。

職種	常勤	非常勤	指定基準
1、施設長(管理者)	1名		1名
2、介護職員	10名以上		10名
3、生活相談員	1名		1名
4、機能訓練指導員	1名		1名
5、看護職員	2名		1名
6、介護支援専門員	1名		1名
7、医師		1名	(非常勤)1名
8、栄養士	1名		1名

5、主な職員の勤務体制

職種	勤務形態	勤務時間	職種	勤務形態	勤務時間
看護師	日勤	8:30～17:30	生活相談員	日勤	8:30～17:30
介護職	早出①	7:00～16:00	介護支援専門員	日勤	8:30～17:30
	早出②	7:30～16:30			
	日勤	8:30～17:30	機能訓練指導員	日勤	8:30～17:30
	遅出①	10:00～19:00			
	遅出②	11:00～20:00	栄養士	日勤	8:30～16:30
	遅出③	13:00～22:00			
	夜勤	17:00～9:00			
事務員	日勤	8:30～17:30	医師	非常勤	毎週木曜 10時～12時

6、施設サービスの内容

①施設サービス計画(ケアプラン)の立案

入居者、家族の意向をもとに、より良い施設生活を送って頂けるようにプランを作成し担当者会議にてプランの検討を行い、各専門職と連携し支援致します。入居者、家族にプランの説明を行い同意を得てケアプランに基づいて、介護を行います。

②介護 (食事・排泄・入浴について)

入居者一人一人の状態に合わせた計画に基づき食事・排泄・入浴等、介護を行います。

③入浴

入浴、または清拭を週に2回程度行います。
重症度の高い入居者は特殊浴槽を使用する等により入浴が可能です。

④排せつ

排せつの自立を促すため、身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤食事

朝食・・・8:00～ 昼食・・・12:00～ 夕食・・・18:00～ ※15:00におやつをご用意いたします。
入居者一人一人に合わせた食事形態を準備いたします。
○普通食 ○軟菜 ○キザミ食 ○ムース食 ○ミキサー食
※委託厨房のため外出泊時、一日当たり一食でもご利用された場合、一日分の料金が発生いたします。
(ただし、急な入院等は除きます)

⑥機能訓練

機能訓練指導員による入居者の状況に応じた機能訓練・生活リハビリを行い、日常生活動作の維持低下予防に取り組んでいきます。(機能訓練は基本的な生活動作の中でのリハビリが中心となります)

⑦健康管理

医師(嘱託)や看護職員が、健康管理を行います。
関係職員が連携し、褥瘡予防及び感染症・食中毒の予防対策を行います。

※6月～9月は食中毒予防期間の為、生もの、果物、惣菜、惣菜パン、個包装にされていないお菓子
賞味期限の記載が無い物の持ち込みはできません。ご不明な点は、施設にお問い合わせください。

6月/1回歯科衛生士による口腔衛生管理を行い、入居者の口腔内の状態を継続的に見ていきます。(無料)
1月/1回言語聴覚士による経口維持評価(対象者のみ)を実施、経口からの食事摂取を安全に行っていけるよう取り組みます。

⑧自立への支援

寝たきり防止のために、できる限り離床に配慮します。
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。

⑨理髪・美容 月に1回～2回、理美容師による理美容サービスが受けられます。 利用料金は、実費となります。

⑩レクリエーション、行事、サークル活動

ご希望に応じて、レクリエーション行事やサークル活動に参加していただくことができます。

⑪行政手続き代行

手続きの代行を希望される場合は、その都度お申し出下さい。
※後期高齢者医療証、介護保険限度額認定証の申請は、ご家族にて申請をお願いします。
介護保険証の申請は介護支援専門員が実施します。
※介護保険証、負担割合証、介護保険限度額認定証、後期高齢者医療証、限度額認定証等
原本は施設で管理させていただきますのでご了承下さい。

7、サービス利用料金

別添 料金表をご参照ください。

8、利用料金のお支払い方法

当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月16日に指定口座より引き落としますので、前もって口座にご入金下さい。

9、入退居について

(1)入居について

①福岡市に在住し介護認定を受けた方で、当該施設指定の入居申込書に必要事項を記入し、お申込み下さい。

②入居前に事前面接(家庭訪問)を行います。その後、当施設の入居検討委員会で入居が決定した場合は契約となります。契約の有効期限は介護保険認定期間と同じです。但し、引き続き認定を受け、入居者又はご家族から契約終了の申し出がない場合は自動的に更新されるものとします。

(2)契約の終了について(退居)

①入居者はいつでも申し出るにより、この契約を解除することができます。

②施設は次の事由に当てはまる場合、入居者に対して文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

1)入居者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、14日以内に支払われない場合

2)入居者が病院等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが、明らかになった場合

3)入居者が入院中に状態が悪化し、常に点滴・吸引・酸素吸入が必要になった場合

4)入居者及びそのご家族が施設や、施設職員又は他の入居者に対して、この契約を継続しがたいほどの著しい迷惑行為やハラスメント行為(身体的暴力・精神的暴力・セクシャルハラスメント・カスタマーハラスメント等)を行い、施設側との解決策を講じた後もその状態が改善されない場合

例:身体的な力を使って危害を及ぼす行為(職員や他入居者に対して、殴る、蹴る、服をひきちぎる等)

:個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(施設の方針に違反する行為や理不尽なサービスを要求し職員または施設に対応を強要する等)

:意にそぐわない性的誘いかけや、好意的な態度の要求、性的な嫌がらせ行為

③入居者の要介護認定の更新で、非該当(自立)、要支援1、要支援2と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。

④次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

1)入居者が他の介護保険施設に入居した場合

2)入居者が死亡した場合

3)やむを得ない事情より施設を閉鎖する場合

10、退居時の援助

契約の終了により入居者が退居する際には、入居者及びその家族の希望、入居者が退居後に生活されることとなる環境等を勘案し、円滑な退居のための必要な援助を行います。

11、秘密保持の遵守

- (1)施設及び全ての職員は、サービスを提供する上で知り得た入居者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。
- (2)個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録し、目的以外には使用しません。

12、施設の利用にあたっての留意事項

- (1)施設内の設備や、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反してご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- (2)他の入居者の迷惑となる行為はご遠慮ください。
- (3)施設内における他の入居者、ご家族への宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- (4)面会について、居室面会は入居者お一人に対し月/2回まで、1階フロアでの面会は回数制限はありませんが、午前1組 午後1組の予約制となっています。(面会のお知らせ別紙参照)
予約受付8時半～17時半(電話かlineでの受付)となります。
- (5)施設内Wi-fiの使用について施設内には、介護ロボットを作動させたり事務処理を行うためのWi-fiが設置されていますが、これは業務用になりますので、入所者の方が使用することができません。ご了承のほどよろしくお願いいたします。

13、事故・急変がおきた際の対応方法

①事故の対応

- (1)事故が発生した場合の対応及び事故発生防止のための指針を整備します。
- (2)事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、原因を解明し、再発防止のための必要な措置を講じます。更に事故防止委員会を開催し、事故の原因分析を行い再発予防策の周知を行います。
- (3)ご契約者に対する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、ご契約者の家族に連絡します。

②転倒・滑落事故予防の取り組み

- (1)当施設はユニット型の個室になります。居室で過ごす時間は職員の見守りが十分にできず、居室での転倒・滑落のリスクは高くなります。入居者の転倒・滑落などの事故を事前に防げるように、リスクが高い入居者にセンサーの設置をお願いしています。ご了承くださいますようお願い致します。
- ※ご高齢者は認知機能低下や身体機能低下が著しく、転倒予防に努めても転倒のリスクは回避できない現状もございます。日々の生活状況をご家族へご報告し、状態把握に努めて転倒を予防に努めていきます。

③誤嚥・窒息時の対応

※摂食嚥下障害(正常に飲み込みが出来ない)では誤嚥(食堂から胃に入るべき飲食物、唾液が気管に入ってしまう)が多いですが、窒息も生死にかかわる重要な合併症です。在宅や施設では年間4000人を超える高齢者が窒息で亡くなっていると報告があります。

- (1)窒息時対応マニュアル・吸引機使用マニュアルを作成し、各専門職と連携し緊急時の対応を迅速に行います。

- (2)持ち込み禁止の食べ物(誤嚥・窒息のリスクが高い食べ物)

○パン ○餅 ○こんにゃく(こんにゃくゼリー) ○飴玉 ○最中 ○団子 等

※ご家族の差し入れは、一度中身を確認させて頂きますのでご了承下さい。

④急変時の対応

- (1) 急変時対応についての事前確認及び同意書(別紙参照)に従い、急変時対応に取り組みます。
- (2) 日中8時30分～17時30分看護師配置。夜間の看護師の配置がないため、異常や異変があった場合は夜勤職員よりオンコールし担当の看護師が早急に対応をします。
- (3) 急変時、速やかに救急搬送を行った場合、ご家族への報告が前後する場合がございますので、ご了承下さい。

14、非常災害・感染症発生時における対策

非常災害・感染症発生時における業務継続計画(BCP業務継続計画書)を作成し、発生時には非常災害・感染症入居者の安全の確保に努め、入居者の生活が継続できるよう取り組んでいきます。また、定期的に避難・救出、感染予防の取り組み、その他必要な訓練を定期的実施していきます。

15、苦情の受付について

(1)当施設における苦情の受付

当施設におけるご希望やご意見、又は苦情等がありましたら、受付担当までお申し出下さい。
また、苦情受付ボックスを設置しています。

苦情受付担当者	野村 こずえ
連絡先	092-671-6500
FAX	092-671-6510

苦情解決責任者	百田 寛奈
第三者委員	
照本 晴彦(名島校区 民生委員・保護司・ 社会福祉協議会 常任委員) 福岡市東区名島2丁目21-1 てるガイドサービス 092-681-3055	
松本玲子(社会福祉士・福岡ジョブサポート所長) 福岡市東区馬出2丁目2-6 福岡ジョブサポート 092-643-9121	

- (2) 受け付けた苦情・要望・意見等を記録して、苦情解決責任者に書面で報告いたします。
- (3) 苦情解決責任者は、報告を受けたあと、解決にあたります。
- (4) 苦情解決責任者は、申し出人あてに解決方法や改善方法をご報告いたします。
- (5) もしご納得頂けない場合は、第三者委員の立会いのもと再度話し合いの場を持たせていただきます。
- (6) 苦情の記録・・・苦情受付から解決改善までの経過について書面にて記録いたします。
- (7) 解決結果の公表・・・個人情報に関するものを除き、当該施設の事業報告書に掲載させていただきます。
- (8) 行政・その他の苦情受付機関

- 福岡県運営適正化委員会
連絡先 092-915-3511
福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ内
- 福岡市東区 保健福祉センター 福祉・介護保険課
連絡先 092-645-1086
福岡市東区箱崎2丁目54-1
- 福岡県国民健康保険団体連合会
連絡先 092-642-7800
福岡市博多区吉塚本町13-47

(9)養介護施設における高齢者虐待に関する行政の相談窓口

- 福岡市 福祉局事業者指導課
連絡先 092-711-4319
福岡市中央区天神1丁目8-1

16、身体的拘束を行う際の手続き

事業者、サービス従業者は、入居者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。
ただし、やむを得ず身体的拘束を行う場合には、身体的拘束の内容、目的、緊急やむを得ない理由、拘束の時間、時間帯、期間等を記載した説明書、経過観察記録、検討記録等記録の整備や手続きなど厚生労働省が策定した「身体拘束ゼロへの手引き」を遵守し、適正な取扱いにより行うものとし、その実施状況を、運営推進会議に報告いたします。

17、第三者評価の実施

第三者評価の実施の有無 無し

18、入居時の持ち物について

- ・持ち物には全て記名をお願いします。
- ・お洋服の洗濯は委託している業者に週2回出すことになります。乾燥機にかけて縮む素材、またビーズや飾りがついた服、ニットやカシミア、シルク素材のお洋服は出来るだけ持ち込まれないようにお願いします。上記の素材のお洋服を持ち込む場合は、職員にお申し出ください。持ち込まれる場合は外部のクリーニング業者に出しますので、お支払いは自費になります
- ・お洋服は皮膚保護の為、一年を通して長袖又は七分丈の物を着用して頂いております。季節に合わせて厚手の物、薄手の物をご準備をお願いします。又、短パンやスカート等も皮膚が露出してしまいますのでご遠慮頂いております。
- ・家具やテレビを持ち込まれる際は、地震対策として家具の固定をお願いしております。
(耐震ジェル・又は突っ張り棒等を購入して頂き設置をお願いします。)
- ・歯ブラシは一か月に一回交換を行います。一年分12本の準備をお願いします。その他消耗品の購入はご家族へお願いする場合がありますのでご対応お願い致します。

令和 年 月 日

指定地域密着型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。

社会福祉法人 百友会
地域密着型特別養護老人ホーム フレンドピーチちはや

説明者 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、指定地域密着型介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者代理人(選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

センサー使用についての同意書

社会福祉法人百友会 地域密着型特別養護老人ホームフレンドピーチちはやでは、入居者様の転倒、滑落などの事故を事前に防げるように、居室内にセンサーの使用をお願いしたいと思います。

今後も、介護事故などなく、入居者様が安心して過ごせるよう、より良いサービスの提供に努めて参りますのでご理解、ご協力のほどを宜しくお願い致します。

令和 年 月 日

(事業者)

法人名 社会福祉法人百友会

事業所名 地域密着型特別養護老人ホームフレンドピーチちはや

代表者 百田 寛奈

説明者 _____

上記の内容について説明を受けて同意します。

(利用者)

(代理人)

氏名 _____ 氏名 _____

空床利用の同意について

入院または外泊期間に、居室及びベッドを「特養：空床利用のショートステイ」として、

利用を 同意する ・ 同意しない （ ○を付す ）

※ 但し、ご契約者の同意を得て空床利用した期間は、外泊時費用及び居住費の料金をお支払い
いただく必要はありません。

令和 年 月 日

所在地 〒813-0044 福岡市東区千早 1-17-16 T E L 092-671-6500

事業所名 社会福祉法人 百友会

地域密着型特別養護老人ホーム フレンドビーチちはや

説明者 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から空床利用の同意についての説明を受け同意しました。

利用者 氏名 _____

代理人 続柄（ ）

氏名 _____

個人情報の使用に係る同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報について、「地域密着型特別養護老人ホーム フレンドピーチちはや」の利用を行うにあたり次に定める条件で、下記のとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

ご利用者に関わる生活状況確認のため該当する医師や介護支援専門員との情報交換

2. 個人情報を使用する事業者

事業者名

社会福祉法人 百友会

理事長 中村 吉孝

所在地

福岡市東区松崎四丁目17番1号

3. 個人情報を使用するにあたって

- (1) 個人情報の提供は必要最小限にします。
- (2) 提供された個人情報は目的以外に使用しません。
- (3) 提供された個人情報は関係者以外には使用しません。
- (4) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておきます。

4. 使用期間

契約開始時から、契約終了時まで

令和 年 月 日

利用者 : 氏 名 _____

ご家族（代表者）： 氏 名

利用者代理人： 氏 名

誤嚥・窒息に関する説明及び同意書

摂食嚥下障害（正常に飲み込みができない）では誤嚥（食道から胃に入るべき飲食物、唾液が気管に入ってしまう）が多いですが、窒息も生死にかかわる重要な合併症です。在宅や施設では年間約 4000 人を超える高齢者が窒息で亡くなっているという報告があります。また摂食嚥下障害が無くとも高齢者では加齢に伴う摂食嚥下器官の機能低下がみられ摂食嚥下障害の自覚が無い方も誤嚥、窒息することがあります。窒息の原因としてはパン、餅が多いですが他にも蒟蒻、飴玉、最中、団子など窒息の原因となる食物は多岐に渡ります。

施設としても安全な環境づくりに努めてまいりたいと考えています。その為、スタッフの目が届かない居室での飲食や誤嚥、窒息のリスクの高い食品の、差し入れ、摂取は避けて頂き、不明な際はご相談いただくようお願い致します。

私は、上記の誤嚥・窒息のリスクについて説明を受け十分に理解しました。

本人署名 ()

家族署名 () 続柄 ()

記載年月日 令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム フレンドピーチちはや

相談員 野村 こずえ

年 月 日

電力使用申込書

社会福祉法人 百友会
地域密着型特別養護老人ホーム
フレンドビーチちはや
理事長 中村 吉孝 殿

(入居者様ご氏名)

(記入者様ご氏名)

現在入居している（する予定の）居室において、持ち込みの家電を使用するため、電力の使用を申し込みます。

※備考

電気使用料金 一部屋につき 1,000 円/月(ただし、月の途中で入退居があった場合は日割計算となります。)

預り金管理同意書

地域密着型特別養護老人ホーム
フレンドピーチちはや
施設長 百田 寛奈 様

私、_____（入居者氏名）は、地域密着型特別養護老人ホーム

フレンドピーチちはやの預り金管理規程の管理方法及び内容に同意いたします。

令和 年 月 日

（住所）

（氏名）

印

（入居者氏名）

事業者

（住所） 福岡市東区千早 1 丁目 17 番 16 号

（事業者名） 社会福祉法人 百友会
地域密着型特別養護老人ホーム
フレンドピーチちはや

（代表者名） 理事長 中村 吉孝 印