

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人ウェルハート厚生会

地域密着型介護老人福祉施設 ウェルハート明和（ユニット型個室）

令和7年6月16日作成

1 事業主体の概要

① 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 ウェルハート厚生会
代表者名	理事長 西村 昭徳
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1334 番地
電話番号	0596-55-8800

② 事業所の概要

施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 ウェルハート明和
所 在 地	三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
連 絡 先	0596-55-8800
事業所番号	2 4 9 2 7 0 0 1 4 7
施設長	藤森正也

③ 施設の概要（地域密着型全体）

建 物	敷 地	6,169.59 m ²
	構 造	鉄骨造平屋建
	延べ床面積	1,052.33 m ²
	利用定員	29 名

④ 施設の概要（居室・施設）

ユニット型

居室・設備の種類	室数	備考
個室 1 階	20	1 ユニット 10 室×2
共同生活室・キッチン	2	
浴 室	3	(個浴 2・特浴 1)
トイレ	6	その他 (共用 1・職員用男女各 1)
医務室	1	隣接特別養護老人ホームと兼用
厨 房	1	隣接特別養護老人ホームと兼用

⑤ 職員体制

令和 6 年 4 月 1 日現在

職種	常 勤	非常勤	計
施設長 (隣接特養と兼務)	1 名	名	1 名
事務長 (隣接特養と兼務)	1 名	名	1 名
介護支援専門員 (従来型施設と兼務)	1 名	名	1 名
生活相談員 ((介護支援専門員と兼務)	(1) 名	名	(1) 名
介護職員 (併設従来型と兼務)	8 名	1 名	9 名
看護職員 (併設従来型と兼務)	2 名	0 名	2 名
医 師	名	1 名	1 名
管理栄養士 (隣接特養と兼務)	1 名	名	1 名
機能訓練指導員 (隣接特養と兼務)	1 名	1 名	2 名
事務員 (隣接特養と兼務)	1 名	名	1 名
宿直員 (隣接特養と兼務)	名	4 名	4 名
清掃員 (隣接特養と兼務)	名	5 名	5 名

⑥ 施設利用に関すること

(1) ご利用の条件

ご利用は、要介護認定の結果、要介護3以上と認定された方が対象となります。

ご利用は、原則、明和町在住の方が対象となります。

ご利用の際には、重要事項の説明の後、契約書を締結していただきます。

(注意) 当施設は医療機関ではありません。常時医療行為を必要とされる方はご利用いただけません。

(2) 持ち込みの制限

以下のもの以外は、原則として持ち込みできません。

衣類（当施設では、乾燥機を使用する場合もございますので、変形するものはご遠慮ください。）

歯ブラシ、洗面タオル、バスタオル、樂のみ、毛布、ティッシュペーパー、タオルケット、履物

(注意) 季節に応じ、衣類の入れ替えをお願いすることがあります。

その他の物につきましては、担当者にご相談ください。

(3) 居室の決定方法及び変更等

居室の決定は、施設の利用状況等により、ご相談の上決定します。なお、入居者様の心身の状況等の変化により居室を変更する場合があります。

⑦ 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、入居者様及びそのご家族に限らず全ての方に閲覧していただけます。

2 事業の目的及び運営方針

- ① 介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排せつ、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行うことにより、入居者がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指すことを目的としています。

当施設では、入居者様個々の嗜好・体質に配慮しつつ、健康及び心身の癒しにつながる食事の提供を目指し、玄米・胚芽米・菜食などを取り入れた手作りの食事サービスを提供いたします。

- ② 当施設は、入居者様の意思及び人格を尊重し、常にその入居者様の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。

- ③ 当施設は、基本理念を「のんびり・一緒に・楽しみながら」とします。

「のんびり」は、大規模施設にありがちな集団ケアにならないように配慮し、画一的でない、その人なりの生活を尊重する意味を込めています。

「一緒に」は、介護職員のみならず、ご家族様、ボランティアの方々、地域の方々との協力関係を築いていく意味を込めています。

「楽しみながら」は、入居者の皆様に楽しんでもらうには、介護職員自身も楽しんでないといけませんと考えます。日々の仕事に「やりがい」を持って取り組むことが結果として良い介護に繋がると思っています。

これらの理念に基づく運営を真摯に実践することにより、入居者様にとって安心して快適に暮らすことの出来る施設を目指します。

また、市町、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の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。

3 施設サービスの内容と費用

① 施設サービスの内容

種 類	内 容
食 事	入居者様の状況に応じて適切な食事介助を行います。 朝 食 → 8:00 ～ 9:15 昼 食 → 12:00 ～ 13:15 おやつ → 15:00 ～ 15:30 夕 食 → 17:30 ～ 18:45
入浴及び清拭	週 2 回以上の入浴又は清拭を行います。 ※要介護度に応じた機械浴での対応も可能です。
排 泄	入居者様の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
整 容 等	個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 毎日起床時及び就寝時に着替え等必要な支援を行います。
機能訓練	身体機能の低下防止のため、機能訓練指導員等により入居者の状況に適した支援を行います。
健康管理	医師による月 2 回程度の診察を行います。 また、夜間の緊急時においても、看護師がオンコール対応いたします。
行 事	季節感を味わうことができるイベントや趣味の活動などを楽しんでいただけるよう努めます。
相談及び援助	入居者様及びその後見人の方、ご家族様又は身元引受人の方からのご相談に応じます。

② 費用

原則として料金表の利用料金の利用料のうち各利用者の負担割合に応じた入居者負担額となります。

※入居者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

※平成 30 年 8 月から一定以上の所得がある 65 歳以上の被保険者について利用者負担が 2 割又は 3 割負担となりました。

保険料の滞納等により、当施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用料金全額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えに領収証とサービス提供証明書を発行いたします。

※サービス提供証明書は、利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

③ 料金表 ※地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費を算定（1 日あたり）

項 目		介護度	単 位	利用料金	一割負担
ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護費（Ⅰ）	ユニット型個室	要介護 1	682 単位	6,820 円	682 円
		要介護 2	753 単位	7,530 円	753 円
		要介護 3	828 単位	8,280 円	828 円
		要介護 4	901 単位	9,010 円	901 円
		要介護 5	971 単位	9,710 円	971 円

④ 加算料金表（原則として1日あたり）

項 目		単 位	利用料金	一割負担
看護体制加算(Ⅰ)-イ	常勤の看護師を1名以上配置	12 単位	120 円	12 円
看護体制加算(Ⅱ)-イ	看護職員を常勤換算法で2名以上配置。24時間連絡できる体制を確保。	23 単位	230 円	23 円
初期加算	入所日から30日間、又は30日を超える入院後再入所した場合30日間加算	30 単位	300 円	30 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	常勤の機能訓練指導員を1名以上配置	12 単位	120 円	12 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	上記に加え、計画の情報を厚労省へ提出し、フィードバックを受ける(1月あたり)	20 単位	200 円	20 円
栄養マネジメント強化加算	常勤の管理栄養士を常勤換算で入所者の数を50で除した数以上配置	11 単位	110 円	11 円
療養食加算 ※1	療養食を提供した場合に算定	6 単位	60 円	6 円
看取り介護加算 ※2	死亡日以前31日以上45日以下	72 単位	720 円	72 円
	死亡日以前4日以上30日以下	144 単位	1440 円	144 円
	死亡日の前日及び前々日	680 単位	6800 円	680 円
	死亡日	1,280 単位	12,800 円	1,280 円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の60以上	18 単位	180 円	18 円
日常生活継続支援加算Ⅱ	介護福祉士を入居者6人に対して1人以上の割合で配置し、居宅での生活が困難になっている重度の要介護者や認知症の方で、入居の必要性が高い方の受け入れ	46 単位	460 円	46 円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	入居者ごとの心身の情報等の基本的な情報を厚生労働省へ提出し、サービスの提供へ活用する(1月あたり)	40 単位	400 円	40 円

※1・2の上記加算については実施した場合においてご負担いただきます。

⑤入院又は外泊時の費用

要介護状態区分にかかわらず、所定単位数(料金)に代えて、1日につき246円となります。ただし、1ヶ月に7泊(6日分)を限度とします。月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)を上限とします。

⑥介護職員等処遇改善加算

次に掲げる単位数を毎月算定します。

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	合計単位(基本単位+加算単位)の1000分の140に相当する単位
----------------	----------------------------------

⑦介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外サービスの利用料は全額負担となります。

利用料	1 日あたり				
段 階	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	第 4 段階
食 費	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,445 円
居住費	880 円	880 円	1,370 円	1,370 円	2,066 円
理髪・美容	委託業者による 実費				

⑧その他のサービス

種 類	内 容	利用料
預り金管理費用	預り金管理規程による	1 ヶ月 450 円
特別な食事に要する費用	特別な食事の提供	要した費用の実費
創作活動等の費用	材料代等	要した費用の実費
日常生活上必要となる諸費用	日常生活品の購入代金等ご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用	要した費用の実費
持込家電機器電気料	テレビ 15 円/日 その他機器については、要相談	1 ヶ月 450 円 要した費用相当
契約終了後の居室明け渡しまでの費用	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る居室料	全額負担

⑨利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供月ごとに計算し請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用月の翌月 20 日までにご指定のご住所まで郵送します。
②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払方法等	ア 原則、（１）の方法によりお支払いをお願いしているところですが、それによりがたい場合は下記の（２）又は（３）の方法によりお支払い下さい。 （１）利用者指定口座からの自動振替（利用月の翌月 26 日が振替日です。振替日が土日祝の場合は翌日となります。） （２）事業者指定口座への振込み（振込手数料はご負担下さい。） （３）現金支払い（利用月の翌月 26 日までに窓口でお支払い下さい。） 【振込先】 銀 行 名 三十三銀行 八間通支店 口座番号 普通 2 6 9 5 8 2 1 名 義 社会福祉法人ウエルハート厚生会 理事長 西 村 昭 徳 フク) ウエルハートコウセイカイ

⑩入居中の医療の提供

嘱託医師が健康診断、検診治療を行います。嘱託医師の指示により通院・入院治療や、緊急の場合近隣の病院等で治療していただきます。また、医療費は毎月末締めで計算し、預り金からお支払いさせていただきます。

4 施設を退居していただく場合（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、仮に下記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、ご契約者に退居していただくことになります。

- ア 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援、要介護1又は2（平成27年4月1日以降、特例入所に該当する方を除く）と判断された場合
- イ 事業所が解散した場合、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
- ウ 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
- エ 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
- オ ご契約者から退居の申し出があった場合
- カ 事業者から退居の申し出を行った場合

1) ご契約者からの退居の申し出の場合（中途解約・契約解除）

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居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の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、施設を退居することができます。

- ア 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
- イ ご契約者が入院された場合
- ウ 事業所若しくはサービス従業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
- エ 事業所若しくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合
- オ 事業所若しくはサービス従業者が故意又は過失によりご契約者の身体・財産・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
- カ 他の入居者がご契約の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応を取らない場合

2) 事業者からの申し出により退居いただく場合（契約解除）

- ア 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
- イ サービス利用料金の支払いが6ヶ月以上遅延し、相当の期間を定めた催告にもかかわらずこれを支払わない場合
- ウ ご契約者若しくはその家族又は関係者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者、若しくは他の入居者様等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又はカスタマーハラスメントなど著しい不信行為を行う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
- エ ご契約者が連続して3ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
- オ ご契約者が介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

ご契約者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、病院又は診療所に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 ヶ月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 12 泊）の短期入院は、退院後再び施設に入居することができます。ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1 日あたりの居室代）

② 上記の期間を超える入院の場合

上記短期間入院の期間を超える入院については、3 ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。

【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、所定の居室代をご負担いただきます。

③ 3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3 ヶ月以内の退院が見込まれないという医師の判断があった場合には、その時点で契約を解除します。この場合は、当施設に優先的に再入居することはできません。

④ 3 ヶ月を超える入院が続く場合

3 ヶ月以上入院が継続する場合は、その時点で契約を解除します。この場合は、当施設に優先的に再入居することはできません。

※ 尚、入院中のご契約者に関する洗濯、オムツや日常生活用品の補充等の入院中のお世話全般は、ご家族様等でお願ひします。

3) 円滑な退居のための援助

ご契約者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居のために以下の援助を行います。

- ・ 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

※ ご契約者が退居後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用をご負担いただきます。

5 身元引受人兼連帯保証人

当施設では、ご家族様への連絡、退居等の身元の引き取り、（遺留）金品引き渡し等をしていただく身元引受の方を、1 名お願いしています。ただし、身元引受人がいないことをもって入居をお断りすることはありません。身元引受人は、入居者の事業者に対する債務について、入居者と連帯して履行の責を負う（連帯保証人と同等の責務）ものとします。

入居手続きの際、必要事項の記入もあわせてお願いします。

尚、当施設では、葬儀はできませんのでご了承下さい。

6 事故発生時の対応

サービス利用中、入居者様に関わる事故が発生した場合は、その状況に応じて、ご家族（後見人）、嘱託医、関係者、関係機関等に連絡し迅速に対応します。

嘱託医	嘱託医氏名	梅田裕之
	病院名	梅田クリニック
	電話番号	0596-53-0700

診療所	管理医氏名	西村愉紀子
	電話番号	0596-55-8800
ご家族様	氏 名	
	連絡先	
	電話番号	

協力医療機関等

医療機関	病院名	恩賜財団 済生会明和病院
	所在地	三重県多気郡明和町大字上野 435
	電話番号	0596-52-0131
歯科機関	病院名	はしもと歯科クリニック
	所在地	三重県多気郡明和町佐田 2548 番地 12
	電話番号	0596-52-1101

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

【当施設】 苦情等受付窓口	窓口担当者	介護支援専門員 大島 いづみ
	解決責任者	施設長 藤森 正也
	ご利用時間	9:15 ～ 17:30
	電話番号	0596-55-8800
	FAX 番号	0596-55-8801

【外部】 苦情等受付窓口	市区町村	明和町役場 福祉総合支援課 介護担当係
	T E L	0596-52-7115
	都道府県	三重県国民健康保険団体連合会
	T E L	059-222-4165
	都道府県	三重県福祉サービス運営適正化委員会 苦情相談室（三重県社会福祉協議会内）
	T E L	059-224-8111

8 第三者評価の実施状況について

実施の有・無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
第三者評価機関名	
評価結果の開示	

9 施設利用にあたっての留意点

面会・来訪	面会時間 → 9:00 ～ 16:00 ※感染症対策等により変更される場合があります。 面会時間を遵守し、玄関に備え付けの用紙に氏名等記入してください。また、面会時持参した物品、食品、薬等は、必ずその都度職員に届出て下さい。
給食（欠食）	給食のキャンセルは3日前までに事務所にお知らせください。それ以降のキャンセルの場合は料金が発生しますことをご了承ください。
持込みおやつ・飲み物	摂取カロリー計算をしながらおやつを毎日提供させていただいておりますことから、お菓子やお飲み物の持込みは通常禁止させていただいております。しかしながら、どうしても〇〇を食べたい（飲みたい）物がおありの場合は職員に一言声をかけていただきますようお願いいたします。
外出・外泊	外出（短時間のものは除く）・外泊しようとする時は、5日前までに訪問先・外泊先、用件、帰宅日時等を職員に申出て下さい。また、訪問先について、家族に連絡をし、了解を得た場合に外出ができることとします。
居室変更	入居後、入居者様の状態の変化により、お部屋・フロアを変更させていただく場合がございます。
ペット飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は厳禁です。
衣類	持込みの衣類には名前をしっかりと書きください。また、洗濯については洗濯器・乾燥機を使用することから、色落ち・縮み等が発生した場合には補償は致し兼ねますことをご了承ください。

居室・設備の利用	居室に釘や画びょう等でキズをつけることはお控えください。張り紙等されたい場合は市販の『ワッポン』や『壁紙を汚さない専用のテープ』をお願い致します。尚、大きなキズや汚れに関しましては、場合により修理代をお支払い願うこともございます。
写真・ビデオ	施設内で催し物を行う際には写真やビデオを撮らせていただくことがあります。皆様が和まれている表情をホームページ等に載せさせていただく場合がございます。(諸事情によりご都合の悪い方は入居時にお知らせください)
迷惑行為	施設の秩序を乱す行為や騒音又はけんか、口論、暴力行為等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。サービス提供の中止等の措置を行う場合があります。
宗教・政治活動	施設内での執拗な宗教・政治活動はご遠慮下さい。
火気の扱い	施設および敷地内の火気の扱いは禁止させていただいております。面会者様の喫煙に於きましても、館内・敷地内では禁煙とさせていただきます。
家具・備品	居室に持ち込まれる家具・備品に関しては、地震等の緊急時や日常で入居者様に危険が及ぶ可能性のある物の持込みをお断りさせていただく場合があります。
預り金	当施設預り金管理規程に基づき当施設で預りすることができます。(有料) その場合には、別途預り金管理に関する契約を締結していただきます。 預り金の不足について ・預り金の不足が予想される場合、施設での立替支払いができないことから手紙にて連絡させていただきます。 預り金サービスを利用されない方について ・救急搬送、あるいは施設嘱託医以外の病院受診の場合、お支払いは直接家族様からになります。連絡を受け次第、必ず病院に出向いただき治療費をお支払いください。(施設での立替はできません) ・主治医(嘱託医)へのお支払い(毎月)は、入居者様全員分を回収できてからまとめてお支払いしますので、お支払いの連絡を受け次第、早急に代金をお持ちください。 ・施設での散髪やマッサージ等はその場支払になりますので、当日までに必ず代金をお持ちください。

電化製品	居室への持込み電化製品については、持込み料金が発生する物やお断りさせていただいている製品があります。持込みの前には職員にご相談ください。		
	<参考例>	電化製品	持込み 料金
		オイルヒーター	×
		冷蔵庫	×
		電気毛布	
		(※必要に応じて要相談)	
		扇風機(羽根タイプのもの)	×
		CDラジカセ	○ 0円
		加湿器・空気清浄器	○ 0円
		テレビ	○ 15円/日

以上、私は地域密着型介護老人福祉施設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受けその内容に同意するとともに本書面を受領しました。

年 月 日

事業所 所在地 三重県多気郡明和町大字志貴 1335 番地 1
名称 社会福祉法人 ウェルハート厚生会
地域密着型特別養護老人ホームウェルハート明和
施設長 藤 森 正 也 (印)

説明者 職 名 介護支援専門員兼生活相談員
氏 名 大島 いづみ

入居者様 住 所
氏 名

入居者様の身元引受人兼連帯保証人

住 所
氏 名
電話番号 ()

署名代行者又は代理人

住 所
氏 名
電話番号 ()

私は、下記の理由により入居者に代わって署名の代行を行いました。

入居者との関係 ()
代 行 理 由 ()

以下余白