

令和 年 月 日

「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定入居者生活介護」
重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福井県指定 第1870100177号)

当事業所はご契約者に対して特定施設入居者生活介護サービスを提供します。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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 藤島会
- (2) 法人所在地 福井県福井市高木中央3丁目1701
- (3) 電話番号 0776-52-1166
- (4) 代表者氏名 理事長 屋敷 大作
- (5) 設立年月 平成4年4月1日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定特定施設入居者生活介護施設
平成18年12月21日指定 福井県1870100177号
- (2) 施設の目的 施設は、介護保険法の趣旨に従い、要支援及び要介護状態にある入居者に対し、特定施設サービス計画に基づいて、入浴、排泄、食事等の介護、相談、その他必要な援助を行うことを目的とします。
- (3) 施設の名称 ケアハウス 藤島園
- (4) 施設の所在地 福井県福井市高木中央3丁目1701
- (5) 電話番号 0776-52-8200
- (6) 管理者 氏名 屋敷 大作
- (7) 運営方針 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立った特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話等の援助を行うことにより、入居者が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にすることを目指します。
- (8) 建物の構造 鉄筋コンクリート 6階建の2階部分
- (9) 延べ床面積 600.30㎡

- (10) 開設年月 平成18年12月15日
 (11) 入所定員 ケアハウス藤島園 50名
 うち特定施設入居者生活介護（介護予防を含む）12名

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

居室の種類	室数	一室あたりの面積	備考
一人部屋	12	19.26～19.43㎡	

(2) 主な設備

設備	室数	面積	備考
食堂・機能訓練室	1(2F)	241.48㎡	
機械浴室	1(2F)	6.44㎡	機械浴室兼用
脱衣室	1(2F)	6.44㎡	脱衣室・洗濯コーナー

4. 職員の配置状況

特定施設入居者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<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。

従業者の職種	人数(人)	区分				常勤換算後の人数(人)	保有資格
		常勤(人)		非常勤(人)			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			0.2	
介護職員	4	4				4	
生活相談員	1	1				1	計画作成担当者兼務
看護師	1	1				1	
機能訓練指導員	1				1	0.2	

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 介護職員	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 夜間： 16：30～ 9：30 1名
2. 看護職員	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

☆土日祝日は上記と異なります。

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いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

- ・入浴は週2回介助浴またはシャワー浴を行います。
- ・心身状況に応じ、必要な清拭または特殊浴槽を使用した介助浴を行います。

②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。

③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。

⑥その他自立への支援

- ・契約者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただきます。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、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)をお支払い下さい。

① 利用者基本負担分表

認定区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1日当り単位	183	313	542	609	679	744	813
月額(30日)	5490 単位	9390 単位	16260 単位	18270 単位	20370 単位	22320 単位	24390 単位

自己負担1割=(月額単位数+各加算単位計)×(100%+処遇改善加算 15.9%)×10.14×1割

自己負担2割=(月額単位数+各加算単位計)×(100%+処遇改善加算 15.9%)×10.14×2割

自己負担3割=(月額単位数+各加算単位計)×(100%+処遇改善加算 15.9%)×10.14×3割

※上記の基本負担分表の月額単位数に、適用する加算単位が加わります。

「地域区分」・・・福井市は7級地につき地域区分10.14倍となります。

「介護職員等ベースアップ支援等加算」・・・1か月の所定単位数×1.5%がかかります。

介護給付サービス加算と単位

(各単位に処遇改善加算および特定処遇改善加算の合計15.9%が加わります)

医療機関連携加算	100 単位/月
科学的介護推進体制加算	40 単位/月
サービス提供体制強化加算	(I)22 単位/日、(II)18 単位/日
認知症専門ケア加算	(I)3 単位/日、(II)4 単位/日
ADL 維持等加算	(I)30 単位/月、(II)60 単位/月
入居継続支援加算	(I)36 単位/日、(II)22 単位/日
生活機能向上連携加算	(I)100 単位/月、(II)200 単位/月
口腔栄養スクリーニング加算	(I)20 単位/回、(II)5 単位/回
口腔機能向上加算	(I)150 単位/回、(II)160 単位/回
個別機能訓練加算	(I)12 単位/日、(II)20 単位/月
夜間看護体制加算	(II)9 単位/日
看取り介護加算	(I)死亡日以前 31 日以上 45 日以下 72 単位/日 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 144 単位/日 死亡日以前 2 日又は 3 日 680 単位/日 死亡日 1,280 単位/日
生産性向上加算	(I) 10 単位/月、(II) 100 単位/月

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は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。

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

☆入居者が外泊・入院等をした場合の特定施設入居者生活介護サービス利用料は、日割り計算(実日数)により計算します。なお、出発日及び帰来日は実日数として計算します。入院時にも事務費・管理費のご負担がありますので了承願います。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

対象収入による階層区分		基本利用料（月額）					
		生活費	事務費	管理費	暖房料 11月～3月のみ	合計 4月～10月の期間	合計 11月～3月の期間
1	1,500,000円以下	48,764円	10,000円	55,700円	4,220円	114,464円	118,684円
2	1,500,001円～ 1,600,000円	48,764円	13,000円	55,700円	4,220円	117,464円	121,464円
3	1,600,001円～ 1,700,000円	48,764円	16,000円	55,700円	4,220円	120,464円	124,684円
4	1,700,001円～	48,764円	18,676円	55,700円	4,220円	123,140円	127,360円

- ・ 上記の「対象収入による階層区分」とは、前年の収入から必要経費を控除した額です。
- ・ 基本利用料は、毎年6月末までに前年度の収入申告書を提出いただき、それに基づき7月より事務費を変更させていただく場合があります。

① 各居室で使用する電気料・水道料等の費用。

電気基本料 3,000円 + 30円 * 1Kwh 水道基本料 1,000円 + 200円 * m³

② 理髪・美容 [理髪サービス]

月に3回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 3,000円 + 税（顔剃りはありません）

③ 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やクラブ活動に参加していただくことができます。利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④ 日常生活上必要となる諸費用実費

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いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

クリーニング代：施設に洗濯を依頼される場合、月額 4,500円

（但し、水洗い可能なものに限りです。）

布団類リース代：施設に依頼される場合、月額 3,000円

- ・ ⑤ おやつ・飲み物代 日額 100円

その他の費用

項目	金額	備考	項目	金額	備考
特別な食事・嗜好品	実費		行事・クラブ活動費	実費	
理美容代	実費		予防接種代	実費	

その他手数料

現金取扱手数料「請求代金が現金払いの場合に係る事務費」1 請求あたり 200 円(税別)

立替金手数料

医療費、薬、消耗品等の買物等、各種立替に係る手数料 月額 1000 円(税別)

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 か月前までにご説明します。

(3) 敷金および利用料金のお支払い方法

初期費用として、入居時に敷金として 10 万円を預かり、入居後の保証金として退去時に未払金、退去に伴う原状回復費用等を控除した残金を返還するものとします。毎月 10 日までに前月分の請求書を発行します。その月の 20 日に金融機関口座振替でお引き落としいたしますのでご準備ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。その他の支払い方法を希望する場合は施設長と協議してください。

なお、口座振替手数料(1 件当たり 100 円・消費税別)及び施設への銀行振込手数料は入居者のご負担となります。

(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、下記協力医療機関において診療や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・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・治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	かさまつファミリークリニック
所在地	福井市高木中央 3 丁目 801
診療科	内科

医療機関の名称	医療法人 安川病院
所在地	福井市大和田 2 丁目 108
診療科	内科、外科、神経内科、呼吸器科、消化器科、 胃腸科、循環器科

② 協力歯科医療機関

医療機関の名称	矢部歯科医院
所在地	福井市高木中央 2-3508
診療科	歯科、矯正歯科

(5) サービスの利用に関する注意事項

居室・設備・器具等の利用	施設内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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、ご契約者に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
居室内への立ち入り	ご入居者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、ご入居者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
来訪・面会	面会時間 8時～20時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
喫煙	敷地内全面禁煙となっております。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないでください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動・政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
衛生・風紀	施設の業務運営上支障のある物品、鋭利な刃物、発火性・引火性のある物質その他危険物を持ち込んだりしないでください。
動物の飼育	施設の許可を受けた場合、専用居室において金魚・熱帯魚のみ飼育することができます。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
身上の変更	入居者の身上に関する重要な事項に変更を生じたときは、速やかに施設職員に届け出てください。

6. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

	氏 名	連 絡 先
苦情受付担当者	鰐淵 さゆり	事務室 ご利用方法：電話 0776-52-8200 ：面接 当事業所1階相談室 ：苦情箱（当事業所1階ホールに設置）
苦情解決責任者	屋敷 大作	事務室 電話 0776-52-8200
第 三 者 委 員	若山 治	福井市 0776-23-7269
〃	勝山 章広	福井市 0776-23-2424

◆苦情の受付方法は次の通りです。

面接・電話・書面等により苦情受付担当者が受け付けます。苦情受付担当者は、受け付けた要望や苦情内容を確認した上で、お客様に報告を受けた内容をお知らせします。またケアハウス藤島園に言いにくいというお客様は、直接第三者委員に申し出ることが出来ます。 要望・苦情の受付時間は、月曜日から金曜日までの午前9時から午後6時までです。ただし、祝日・年末年始は除きます。

◆苦情解決の方法は次の通りです。

苦情解決責任者は、お客様と誠意を持って話し合い、解決に努めます。また、必要に応じて、第三者委員が立ち会います。苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経緯と結果を記録いたします。

苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経緯と結果を記録します。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

福井市役所 地域包括ケア推進課	所在地 福井市大手3-10-1 電話番号 0776-20-5400 F A X 0776-20-5426 受付時間 8:30 ～ 17:15
国民健康保険団体連合会	所在地 福井市西開発4-202-1 自治会館4階 電話番号 0776-57-1614 受付時間 8:30 ～ 17:00
福井県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 福井市光陽2-3-22 電話番号 0776-24-2347 F A X 0776-24-8942 受付時間 9:00 ～ 17:00 (祝日・年末年始を除く)

7. 事故発生時の対応

入居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、速やかに市町村及び家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故発生防止のための指針の整備、年2回以上の研修等を適切に実施するための担当者を選定しています。

事故防止に関する担当者：特定施設介護主任

8. 身体拘束について

施設は、入居者または他の入居者等の生命または身体の保護及び安全のためやむを得ない場合を除き、入居者の身体拘束その他の行動を制限しません。また、やむを得ない場合の身体拘束については、予め入居者、ご家族に説明を行い、同意をいただきます。

9. 高齢者虐待防止について

定期開催する「虐待の防止のための対策を検討」する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）での結果について職員に周知する。担当者を決め、虐待防止の指針の整備を行うとともに職員に対する研修を実施していく。

虐待防止に関する担当者：特定施設介護主任

10. 契約の終了

入居契約は以下の場合終了します。

- ①入居者が死亡した場合
- ②入居者が契約を解約及び解除した場合

(解約について)

中途解約を希望する場合は書面にて解約を希望する日の30日前までにご通知ください。

(解除について)

施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには契約を直ちに解除することができます。

- ③事業者による契約解除

利用料金を支払わない場合などに、予め解除理由と解除日を予告した上で施設が契約を解除することがあります。

- ④契約の終了に伴い施設を退居される場合の居室の引き渡し、原状回復及び精算については入居契約の規定を準用するものとします。

11. 身元保証について(連帯保証人)

- 1 契約者は保証能力を有する連帯保証人を定めるものとします。

尚、連帯保証人が亡くなった場合は新たに連帯保証人を定めるものとします。

- 2 連帯保証人は次の各号の責任を負うこととします。

- ① 契約が終了した場合、遺体及び遺留金品を引き取り、その相続人への引き渡し、その他必要な措置をすること。
- ② この契約を終了した場合、利用者の身柄の引取または移転先を確保する措置をとること。
- ③ 利用者が疾病等により他の医療機関に入院する場合は、入院申込または身元引受人として入院手続きが円滑に進行されるように協力すること。

- 3 連帯保証人はこの契約に基づく契約者の事業者に対する債務一切を契約者と連帯して履行する責任を負うものとします。
- 4 前項の連帯保証人の負担は極度額 100 万円を限度とします。
- 5 連帯保証人が負担する債務の元本は利用者が死亡した等、契約終了時に確定するものとします。
- 6 連帯保証人からの請求があったときは事業者は連帯保証人に対し遅滞なく利用者の支払い状況や滞納金の額等、利用者の全ての債務の額に関する情報を提供します。

1 2. 反社会的勢力ではないことの確約

契約者、利用者及び連帯保証人は次の各号に定める事項を確約する。

- ① 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成 3 年法律第 77 号)第 2 条第 2 号に規定する暴力団、暴力団関係企業、総会屋もしくはこれらに準じる者またはその構成員(以下総称して「反社会的勢力」という)ではないこと
- ② 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものではないこと
- ③ 自ら又は第三者を利用して次の行為をしないこと。
 - ア 相手方に対する脅迫的な言動又は能力を用いる行為
 - イ 偽計または威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を棄損する行為

1 3. 退所時について

退所時には原状回復(使用程度による)及びハウスクリーニング(必須)が必要となります。原則としてこれらの費用は入居者負担となります。特に床フローリングは修繕に要する費用が高額になるため、カーペットを敷くことにより汚損の防止に努めてください。

なお入居時にお預かりした敷金にて費用充当し、その他債務を控除後の残金あれば返却いたします。その他、原状回復に応じた実費負担となります。

1 4. その他

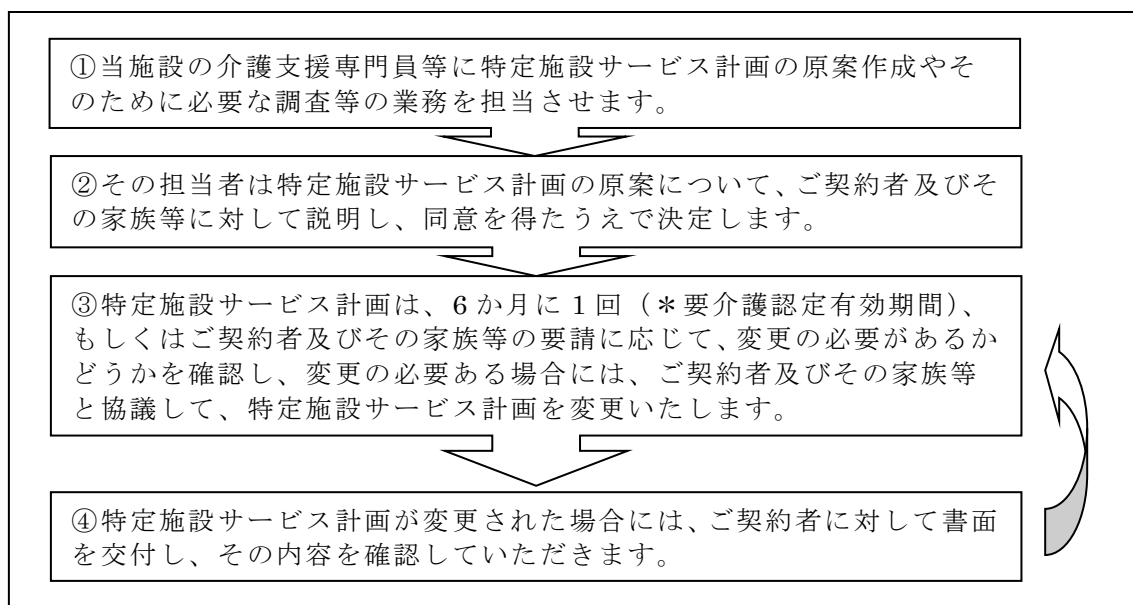
- (1) 介護予防特定入居者生活介護の提供に当たっては、本重要事項説明書中の「特定入居者生活介護」を「介護予防特定入居者生活介護」と「特定施設サービス」を「介護予防特定施設サービス」と読み替えることとします。
- (2) 入居者等への説明・同意が必要な文書等については、電子機器等を使用しての送付および同意も可能とします。

以 上

◎契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「特定施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「特定施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



◎サービス提供における事業者の義務（契約書第10条、第11条参照）

当施設では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

◎損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

◎サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、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。（契約書第 15 条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">①ご契約者が死亡した場合②要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合③施設への入居契約が終了した場合④事業者が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⑤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⑥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ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。） |
|--|

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 16 条、第 17 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から入所契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 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・解除することができます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">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特定施設入所者生活介護サービスを実施しない場合③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④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⑤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) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 18 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 2 か月以上遅延し、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、故意又は重大な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 |
|--|

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 15 条参照)

契約が終了する場合には、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、必要な援助を行うよう努めます。

「特定施設入居者生活介護」「介護予防特定入居者生活介護」利用確認書

私は、上記を利用するにあたり、利用契約書及び重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者（ ）による説明を受け、これらを十分に理解しました。

令和 年 月 日

社会福祉法人 藤島会
理事長 屋敷 大作 様

入居者	住所 氏名	印
-----	----------	---

身元保証人 兼連帯保証人	住所 氏名	印
-----------------	----------	---

身元保証人 兼連帯保証人	住所 氏名	印
-----------------	----------	---