

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秀東館 光陽

重要事項説明書

社会福祉法人 豊心会

「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」 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。
(岩国市指定 第 3590800243号)

当事業所ではご利用者に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下、「介護老人福祉施設入所者生活介護」という。）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「要介護3～5」と確定された方が対象となります。介護認定申請中の方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	4
6. 事故発生時の対応	10
7. 苦情の受付について	10
8. 施設の利用にあたっての留意事項	11
9. 面会について	11
10. 身体拘束について	12
11. 非常災害対策について	12
12. 運営推進会議について	12
13. 個人情報の保護について	12
14. 退所時の部屋原状回復について	13

1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人 豊心会
(2)法人所在地 山口県岩国市周東町用田342-6
(3)電話番号 0827-84-5200

- (4)代表者氏名 理事長 阿部 秀樹
 (5)設立年月日 平成 9年 8月 26日

2. ご利用施設

- (1)施設の種類の 地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）
 事業者番号 【 3590800243 】
- (2)施設の目的 要介護者の施設入所者に入浴、排泄、食事等の介護、その他日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行い、その有する能力に応じ自立した日常生活を営んでいただく事を目的とする。
- (3)施設の名称 特別養護老人ホーム秀東館 光陽
- (4)施設の所在地 山口県岩国市周東町用田 3 4 1
- (5)電話番号 0 8 2 7 - 8 4 - 6 0 0 0
- (6)管理者氏名 阿部 恵子
- (7)当該施設の運営方針 秀東館の基本理念は現代社会が忘れかけている家族の温かさを大切にするという事です。一つの屋根の下で、それぞれ違った個性を持った人々が集まり生活をする。入所者は私達の父であり、母である。又入所者同士は兄弟姉妹でもある。私達の目指す福祉「大家族主義」が秀東館光陽にはあります。
- (8)開設年月日 平成 23年 7 月 1日
- (9)入居定員 29人
 ユニット数・・・3
 (ユニット1-9人、ユニット2-10人、ユニット3-10人)

3. 居室の概要

(1)居室等の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入所される居室は、すべて個室です。

居室・設備の種類	室数	備考（内寸）
個室 介護専用	29室	15.12 ～ 16.32 m ²
共同生活室	3室	151.16 m ²
医務室	1室	14.31 m ²
相談室	1室	8.7 m ²
脱衣所	1室	25.46 m ²
浴室	1室	介護用浴槽 1・個浴 1 22.67 m ²
便所	10ヶ所	各ユニットに2ヶ所 脱衣室に1ヶ所 他3ヶ所

☆ 居室の変更 : 利用者方の心身の状況により居室を変更する場合があります。その

際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆ 当施設では、居室以外に施設・設備をご利用いただくことができます。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種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。

【職員の職種及び配置】

令和8年4月1日現在

職 種	現数	指定基準	備 考
1. 管 理 者	1名	1名	生活相談員兼務(常勤)
2. 医 師	1名	1名	非常勤
3. 生活相談員	1名	1名	管理者兼務(常勤)
4. 栄 養 士	1名	1名	非常勤
5. 介 護 職 員	常勤 12名	要介護者 3 : 1	1名 計画作成担当者と兼務
	非常勤 7名		2名 事務員と兼務(非・常勤)
6. 看 護 職 員	常勤 2名		1名 機能訓練指導員と兼務 1名 非常勤
7. 機能訓練指導員	1名	1名	看護職員兼務(常勤)
8. 計画作成担当者	1名	1名	介護職員兼務(常勤)

【職員の職務内容】

職 種	職 務 内 容
1. 管 理 者	事業の管理運営等に関する事
2. 医 師	健康管理及び療養上の指導に関する事
3. 生活相談員	利用者の生活相談事業等に関する事
4. 栄 養 士	利用者の食事を含めた栄養管理、並びに衛生に関する事
5. 介 護 職 員	利用者の日常生活上の介護に関する事
6. 看 護 職 員	利用者の健康・服薬管理等の看護業務、並びに保健衛生に関する事
7. 機能訓練指導員	利用者の機能回復訓練に関する事
8. 計画作成担当者	地域密着型施設サービス計画の作成に関する事

*但し、看護・介護職員については利用者数に応じて介護保険法に定める人員基準以上の配置とする。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤務体制	勤務時間割
1. 介護職員	② ②⑥⑦	① 7:00 ~ 16:00
看護職員	②④	② 8:00 ~ 17:00
管理者兼生活相談員	④	③ 8:30 ~ 17:30
計画作成担当者	②	④ 9:00 ~ 18:00
栄養士	④	⑤ 10:00 ~ 19:00
		⑥ 12:00 ~ 21:00
		⑦ 21:00 ~ 8:00
2. 機能訓練指導員		介護計画に基づき、月曜～金曜の 9:30 ~ 12:00
3. 医師		毎月2回 14:00 ~ 15:00

5. 当該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

- | |
|---|
| <p>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</p> <p>(2) 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合があります。</p> |
|---|

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

【表 1. 要介護認定の区分と介護時間の目安】

要介護度	身体の状態
要介護 1	歩行・立ち上がりなどが不安定。入浴や排便に一部手助けが必要
要介護 2	歩行・立ち上がりが1人でできない。入浴や排便に手助けが必要
要介護 3	排便、入浴、衣服の着脱などに、全面的な手助けが必要
要介護 4	食事や入浴、排便、衣服の着脱など、日常生活に全面的な手助けが必要
要介護 5	生活全般にわたって全面的な手助けが必要

上記の表は、一般的な目安であり、要介護度は介護保険制度による認定審査会において決定されます。各自の身体の状態によって、本人、家族の要望を聞き介護計画を作成した上で、施設介護を行います。

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常 7 割～9 割）が介護保険から給付されます。

<サービス概要>

① 入浴

・入浴又は清拭を週 2 回以上行います。

② 排泄

・排泄の自立を促すため、ご契約者の心身能力を最大限に活用した援助を行います。

③ 機能回復訓練

・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。

④ 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行っていただく事を原則としています。
- ・寝たきり防止のため、でき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。
- ・清潔で快適な生活を送るために、十分な整容が行われるよう援助します。

<サービス料金(1日あたり)>（契約書第 8 条参照）

下記の料金表によって、利用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。（以下は、自己負担額 1 割の場合）

施設サービス費：ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービス費（Ⅰ）

○ 食費・居住費が基準費用額である方

【利用者負担第 4 段階】

（令和 6 年 8 月 1 日現在）

ご利用者の要介護区分	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
施設サービス費 1 割負担	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円
食費	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円	1,445 円
居住費	2,066 円	2,066 円	2,066 円	2,066 円	2,066 円
1 日当たりの利用料負担額	4,193 円	4,264 円	4,339 円	4,412 円	4,482 円
月 30 日当たりの利用料負担額	125,790 円	127,920 円	130,170 円	132,360 円	134,460 円

※ 上記には、加算は含まれていません。

※ 利用者負担 2 又は 3 割、階層別の料金は、別紙を参考にしてください。

利用者負担段階		
第1段階	市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者 預貯金: 単身 1,000 万円以下・夫婦 2,000 万円以下	食費 300 円 居住費 860 円
第2段階	市民税非課税世帯、年金収入等 80 万円以下 預貯金: 単身 650 万円以下・夫婦 1,650 万円以下	食費 390 円 居住費 880 円
第3-①段階	市民税非課税世帯、年金収入等 80 万円超～120 万円以下 預貯金: 単身 550 万円以下・夫婦 1,550 万円以下	食費 650 円 居住費 1,370 円
第3-②段階	市民税非課税世帯、年金収入等 120 万円超 預貯金: 単身 550 万円以下・夫婦 1,550 万円以下	食費 1,360 円 居住費 1,370 円
第4段階	上記以外の方	食費 1,445 円 居住費 2,066 円

1. 初期加算の算定について

入居日、又は30日を超える病院・診療所への入院後に再入居した日から30日を上限とし、1日当たり30単位（自己負担額30円）を算定いたします。

2. 入院や外泊時における施設サービス費の費用について

入居者が入院又は外泊時の算定については、入院又は外泊の期間の初日及び最終日を含まない連続6日を上限とし1日当たり246単位（自己負担額246円）を算定いたします。（月をまたがる場合は、最大12日）
なお、この期間の施設サービス費の支払いは受けません。

3. 入院・外泊時の食費・居住費の取扱い

(1) 食費について

入院・外泊時の食費は支払いを受けません。ただし、入院・外泊日において食事を提供した場合は、1日の食費の支払いを受けます。

(2) 居住費について

ア、基準費用額の方

入院・外泊時の居住費の支払いを受けます。

イ、基準費用額以外の方

入院・外泊の期間が初日及び最終日を含まない6日間については、限度額認定証に記載された1日当たりの居住費の金額の支払いを受けます。（月をまたがる場合は、最大12日）

上記期間を超えた日は、居住費の支払いは受けません。

4. 安全対策体制加算について

安全対策体制加算として、入所初日に限り20単位（自己負担額20円）を加算し

ます。

5. 看護体制加算について

施設に常勤換算方法で2名以上の看護職員が配置されており、かつ、施設の看護職員により又は病院等との連携により24時間の連携体制が確保されている場合、看護体制加算（Ⅱ）イとして1日当たり23単位（自己負担額23円）又、常勤看護師1名配置により看護体制加算（Ⅰ）イとして1日当たり12単位（自己負担額12円）を算定いたします。

6. 介護職員処遇改善加算について

入所者の処遇をより質の高い介護を提供するために、介護職員の処遇改善を目的とした加算です。

【介護職員処遇改善加算（Ⅱ）取得】

$(\text{施設サービス費} + \text{各種加算}) \times 13.6\%$

7. 科学的介護推進体制加算について

入所者の栄養状態、口腔機能、認知機能、心身の状況等に係わる基本情報を厚生労働省に提出し、適切なサービス提供の計画を基に、自立支援や重度化防止に資する介護を提供し、内容を検証して、サービスの向上に努めるものです。1ヶ月あたり40単位

8. 若年性認知症入所者受入れ加算について

若年性認知症利用者ごとに個別に担当を定め、その者を中心に該当利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う為に、1日につき120単位（自己負担額120円）を算定いたします。

9. 看取り加算について

看取り介護の体制を整備し、施設内で死亡した場合、死亡日以前：31日～45日については1日当たり72単位（1日当たり72円）、死亡日以前4日～30日以下については1日当たり144単位（自己負担額144円）、死亡日の前日及び前々日については1日当たり680単位（自己負担金額680円）、死亡日については1280単位（自己負担額1280円）を算定致します。

【看取り介護体制加算（Ⅰ）取得】

10. 退所時情報提供加算について

入所者が退所して医療機関に入院する場合、入所者の情報を当該医療機関に提供した場合の加算です。1回250単位。

11. 生産性向上推進体制加算について

介護ロボットや ICT のテクノロジーの導入を通じて、介護サービスの質を確保しつつ、職員の負担軽減に資する生産性向上の取組を推進することを目的とし、またそれを評価する加算です。加算(Ⅰ) 1 ヶ月 100 単位。加算(Ⅱ) 1 ヶ月 10 単位。

2 又は 3 割の該当者はその割合負担になります。

なお、社会福祉法人等による生計困難者に対する減額制度や公費負担の適用等のある入居者の負担額については、上記と異なります。

又、当施設では、社会福祉法人などが提供する当該介護サービス利用者負担の軽減措置を設けています。

(2)介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照)

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。**

① 食事の提供

- ・栄養士による高齢者に適したバランスの取れた食事を毎日 3 食提供いたします。
- ・食材料費と調理費相当が自己負担となります。
- ・介護保険負担限度額認定証、介護保険特定負担限度額認定証の交付を受けられた方は、その記載の金額となります。
- ・ 1 日あたり 1,445 円

② 居室の提供

- ・室料、光熱水費相当が自己負担となります。
- ・介護保険負担限度額認定証、介護保険特定負担限度額認定証の交付を受けられた方は、その記載の金額となります。
- ・ 1 日あたり 2,066 円

③ 理容・美容

散髪 : 女性 … 2,200 円、 男性 … 2,200 円
尚、本格的な理美容を必要な場合は送迎付きの理髪店、もしくは出張サービス (3,600 円) がご利用頂けます。

④ 行政機関の手続きの代行

利用料金 : 1 回あたり 1,000 円 介護保険関係の手続き等は無償で行います。

⑤ 医師の往診等療養上の世話

嘱託医による、定期的な月 4 回の往診を行います。なお投薬、注射などの医療行為は医療保険での実費です。通院介助は、10km 以内 2 時間以内は 2,000 円。10 キロ以上 2 時間以

内は5,000円。緊急時は、昼間2時間以内5,000円。夜間10,000円。いずれもそれを超える1時間ごとに1,500円加算となります。ただし、藤政病院、おかもと歯科への通院は無料です。

⑥ レクリエーション・クラブ活動

利用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いただく事ができます。
利用料金：特別な場合を除き、無償サービスです。

⑦ 複写物の交付

利用者は、サービス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実費をご負担頂きます。
・1枚につき 10円

⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で利用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。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、事業者が請求してから14日以内に以下の方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関：西京銀行・山口銀行

(4) 介護の場所(契約書第7条参照)

利用者にとって適切なサービスを提供するために、利用者に対してその居室において、介護サービスを提供します。

(5) 入居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を受ける事ができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療を保証するものではありません。又、下記医療機関での診察を義務付けるものではありません。)

① 嘱託医師

医師名	藤政病院 藤政 浩一郎
所在地	岩国市周東町下久原 2403-1

診療科	内科、整形外科
-----	---------

②協力医療機関

医療機関名称	藤政病院
所在地	岩国市周東町下久原 2 4 0 3—1
診療科	内科、整形外科

医療機関名称	岩国市医療センター医師会病院
所在地	岩国市室の木町 3 丁目 6 - 12
診療科	内科、外科

③協力歯科医療機関

医療機関名称	おかもと歯科クリニック
所在地	岩国市周東町下久原 1 5 6 0—1
診療科	歯科

6. 事故発生時の対応

当施設は利用者（入所者）が安全で安心して楽しく生活が出来るために、介護業務やレクリエーション活動に日々努力を重ねておりますが、万一施設内や当施設主催での外出レクリエーション、さらに通院時に事故が発生した場合は、利用者（入所者）の生命、身体、財産の安全確保を第一とし、医師・家族・行政と連携をとるなどして速やかに対処いたします。（介護老人福祉施設入所者生活介護利用契約書 第 10 条、以下「介護老人福祉施設契約書」という。）

又、事故発生時において事業者である当施設側が自己の責に帰すべき事由による場合は、損害賠償責任を負うものとします。（介護老人福祉施設契約書 第 12 条）

加入保険会社：介護保険・社会福祉事業者総合保険(あいおいニッセイ同和損害保険)

7. 苦情の受付について(契約書第 20 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下記専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

〔職 名〕 管理者 阿部 和樹

苦情解決責任者

〔職 名〕 理事長 阿部 秀樹

○ 受付時間

毎週月曜日～金曜日 9：00～17：00

(2) 第三者委員の設置

当施設は第三者委員を設置し利用者の苦情解決にあたります。

- 宮本 裕司 (司法書士)

岩国市周東町下久原 589-6 TEL: 0827-84-3918

- 藤岡 尚子 (高森地区民生委員)

岩国市周東町上久原 1068 TEL: 0827-84-0294

(3) 行政機関その他苦情受付機関

岩国市福祉部 福祉政策課	所在地 岩国市今津町一丁目 14 番 51 号 電話番号 0827-29-5072 FAX番号 0827-21-3337 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
国民健康保険団体 連合会	所在地 山口市朝田町 1980 番 7 電話番号 083-995-1010 FAX番号 083-934-3665 受付時間 9:00~17:00 (月曜日~金曜日)
山口県健康福祉部 長寿社会課 介護保険班	所在地 山口市滝町 1 番 1 号 電話番号 083-933-2774 FAX番号 083-922-3022 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
山口県 岩国健康福祉セン ター 健康福祉企画室	所在地 岩国市三笠町一丁目 1 番 1 号 電話番号 0827-29-1522 FAX番号 0827-29-1594 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
山口県運営適正委 員会 (福祉サービス 苦情解決委員会)	所在地 山口市大手町 9 番 6 号 電話番号 083-924-2837 FAX番号 083-924-2793 受付時間 8:30~17:00 (月曜日~金曜日)

8. 施設の利用にあたっての留意事項

- ① 利用者は健康と生活の安定のため、施設長が定めた日課を尊重し、共同生活の秩序を保ち相互の親睦に努めるものとする。
- ② 利用者は、事業所内での次の行為をしてはならない。
 1. けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかけること。
 2. 政治活動、宗教、習慣等により、自己の利益の為に他人の自由を侵害したり、他人に排撃したりすること。
 3. 指定した場所以外で火気を用いること。
 4. 事業所の秩序、風紀を乱し、又は安全衛生を害すること。

5. 故意又は無断で、事業所又は備品に損害を与え、又はこれらを事業所以外に持ち出す事。
- ③ ご家族様に対して、施設側から決まり事やお願い事をお伝えしております。ご不明な点は申し出てください。説明に不信感やご理解がない場合は、施設での生活が難しいかもしれません。最終的に、退去の対応となり得る可能性もあります。

9. 面会について

【平常時の面会】

- ① 面会場所 … ロビー又は自室
- ② 面会時間 … 10:00～16:00
- ③ 遠方の方は予約を取ってリモート面会もできます

【新型コロナ、インフルエンザ等、感染症がまん延している時期】

- ① 面会場所 … ロビー
- ② 面会時間 … 10:00～16:00 の内 30 分以内
- ③ 面会人数 … 1 回の面会で 5 人以内
- ④ リモート面会は、予約を取ってください

10. 身体拘束等について

- ① 当事業所は、介護老人福祉施設入所者生活介護のサービス提供に当たっては、利用者の方又は他のご利用者の生命又は、身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等その他の行動を制限する行為は行いません。
- ② 当事業所は、介護老人福祉施設入所者生活介護のサービス提供にあたっては、利用者の方又は他のご利用者の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合、利用者の方又はそのご家族に身体拘束等の根拠、具体的な内容、期間を説明し同意を得た上で身体拘束等行うものとします。

11. 非常災害対策について

- ① 当事業所の管理者は、自然災害、火災、その他防災対策について、消防法を遵守し計画的な防災訓練と設備の改善を図り、利用者の方の安全に対して万全を期するものとします。
- ② 前項の実施については、年 2 回以上の避難訓練を行うものとします。

12. 運営推進会議について

当事業所は、地域やご家族との結び付きを重視する為に運営推進会議を概ね 2 ヶ月に 1 回開催するものとし、活動状況を報告し評価を受けるとともに必要な要望、助言を聴く機会を設けるものとします。又、その内容についての記録を作成し、公表するものとします。

13. 個人情報の保護について

当事業所において、職員は正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。なお、当事業所は個人情報保護法に基づいた運営を行うものとします。

14. 退所時の部屋原状回復について

当事業所を退所する場合、クロスの張替えや破損した箇所等、契約者が使われた部屋は実費で入所前の状態に戻していただくものとします。

地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）入所者生活介護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。

令和 年 月 日

サービス提供事業所	名 称	特別養護老人ホーム秀東館	光陽
	住 所	岩国市周東町用田341	
	説明者	職名	
		氏名	印

以上、重要事項説明書の説明を受け、理解しましたので、サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 印
氏 名

利用者代理人 住 所 印
氏 名
(続柄)

身元引受人 住 所 印
氏 名
(続柄)