

地域密着型特定施設入居者生活介護

重要事項説明書

利 用 契 約 書

有限会社龍泉

有料老人ホーム秀東館 美空

「地域密着型特定施設入居者生活介護」 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。
(岩国市指定 第 3590800136 号)

当事業所ではご利用者に対して地域密着型特定施設入居者生活介護（要介護者）（以下、「特定施設入居者生活介護」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、契約上ご注意くださ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 1～5」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	8
7. 苦情の受付について	8
8. 施設の利用にあたっての留意事項	9
9. 身体拘束について	9
10. 非常災害対策について	10
11. 運営推進会議について	10
12. 個人情報の保護について	10

1. 施設経営法人

- | | |
|----------|-------------------------|
| (1)法人名 | 有限会社 龍 泉 |
| (2)法人所在地 | 山口県岩国市周東町下久原 798 番地 5 |
| (3)電話番号 | 0 8 2 7 - 8 3 - 0 0 1 0 |
| (4)代表者氏名 | 代表取締役 阿部 秀樹 |
| (5)設立年月日 | 平成 1 3 年 1 0 月 2 4 日 |

2.ご利用施設

(1)施設の種類

地域密着型特定施設入居者生活介護

事業者番号 【 3590800136 】

(2)施設の目的

要介護者の施設入居者に入浴、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

有料老人ホーム秀東館 美空

(4)施設の所在地

山口県岩国市周東町西長野 2 6 5 - 1

(5)電話番号

0827-83-0010 FAX 0827-84-0033

(6)管理者氏名

河本 博司

(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。入居者は私達の父であり、母である。又入居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」が秀東館美空にはあります。

(8)開設年月日

平成 2 2 年 8 月 1 日

(9)入居定員

2 9 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。入居される居室は、すべて個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（2階）介護専用	2 9 室	21.88 m ²
食堂兼機能訓練室	1 室	87.5 m ²
診察室・一時介護室	1 室	23.20 m ²
相談室	1 室	21.88 m ²
脱衣・洗濯室	2 室	20 m ² (1 階) 2 階は洗濯室のみ
浴室	1 室	介護用浴槽 1 ・個浴 2 43.75 m ²
談話室	1 室	44.18 m ²
便所	3 ヶ所	1 階に 3 ヶ所・2 階は各居室に設置

☆ 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。

☆一時介護室へ移る判断基準 : 入居者の体調不良や他の入居者に影響を与えるインフルエンザ等の感染症で医師からの指示があった場合。(追加的費用はかかりません。)

☆ 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。

(2)利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

種 類	室 数	費 用	
洗濯室	2	2階 洗濯機 3	各 100 円
		1階 洗濯機 1 乾燥機	

※ 1階洗濯室に、施設の業務用として洗濯機 1 があります。

※ 上記は、介護保険の給付対象となっていないため、機器ご利用の際には、別途利用料金をご負担頂きます。

4.職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して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 種	現 数	指定基準	職務内容
1. 管 理 者 (介護職員兼務)	常勤 1 名	1 名	事業の管理運営に関する事
2. 生 活 相 談 員 (介護職員兼務)	常勤 1 名	1 名	利用者の相談事業等に関する事
3. 介 護 職 員	常勤 7 名 非常勤 6 名	要介護者 3 : 1	利用者の日常生活上の介護に関する事
4. 看 護 職 員	常勤 1 名 非常勤 1 名		利用者の看護、保健衛生に関する事
1. 機能訓練指導員 (看護職員兼務)	常勤 1 名	1 名	利用者の機能訓練回復に関する事
5. 計画作成担当者 (介護職員兼務)	常勤 1 名	1 名	特定施設サービス計画の作成に関する事

※ 上記の職員は、令和 8 年 4 月 1 日現在。要介護者の人数によって介護，看護職員数が若干変わる事があります。

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制	勤務時間割
介護職員 看護職員 管理者 生活相談員 計画作成担当者	①②③④⑥	① 6:00 ～ 15:00
	⑦⑧⑨⑩⑪	② 7:00 ～ 16:00
	⑫⑬	③ 8:00 ～ 12:00
	②⑥⑦	④ 8:00 ～ 15:00
	①②⑨⑩⑫⑬	⑤ 9:00 ～ 15:00
	②⑧	⑥ 9:00 ～ 16:00
	①⑧	⑦ 9:00 ～ 18:00
		⑧ 9:30 ～ 18:30
		⑨ 10:00 ～ 19:00
		⑩ 13:00 ～ 19:00
		⑪ 13:00 ～ 22:00
		⑫ 21:00 ～ 8:00
2. 機能訓練指導員		介護計画に基づき、月曜～日曜の 7:00 ～ 16:00 9:00 ～ 18:00

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

- (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ご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(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	一日に必要な時間
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	30分以上50分未満
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	50分以上70分未満
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	70分以上90分未満
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	90分以上110分未満
要介護 5	生活全般にわたって全面的な手助けが必要	110分以上

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 7～9 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。

（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。） （単位：円）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1.利用者の要介護度とサービス利用料金	5,460	6,140	6,850	7,500	8,200
2.うち、介護保険から給付される金額	4,914 (4,368) (3,822)	5,526 (4,912) (4,298)	6,165 (5,480) (4,795)	6,750 (6,000) (5,250)	7,380 (6,560) (5,740)
3.サービス利用に係わる自己負担額(1-2-3)	546 (1,092) (1,638)	614 (1,228) (1,842)	685 (1,370) (2,055)	750 (1,500) (2,250)	820 (1,640) (2,460)

（ ）内は 2・3 割負担の場合の額

☆ 利用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、利用者の負担額を変更します。

☆ 介護保険料の自己負担分は保険者（市町村）から提示される介護保険負担割合証により 1 割又は 2 割又は 3 割となります。

＜加算について＞

(1)当事業所は、上記の特定施設サービスの他、下記の加算対象のサービスを実施します。

＊額は 1 割負担の場合

① 協力医療機関連携加算 100 円/月

地域密着型サービス基準第 127 条第 2 項各号の要件を満たしており、協力医療機関との間で利用者の急変時に備えた会議を定期的に行っている。

② 夜間看護体制加算（Ⅱ） 9 円/日

看護職員により 24 時間連絡体制を確保し健康上の管理等を行います。

③ 介護職員等処遇改善加算Ⅱイ介護職員処遇改善における新加算 14.2%

④ 退院・退所時連携加算

病院・診療所・介護老健福祉施設、または介護医療院を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合、1 日につき 30 円を加算します。

(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書の負担となります。

① 理容・美容

散髪：女性 … 1,500 円、男性 … 1,500 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。

②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。

③医師の往診等療養上の世話

嘱託医による、定期的な月 2 回の往診を行います。なお投薬、注射などの医療行為は健康保険での実費です。通院介助は 10 km 以内の 2 時間以内で 2000 円とし、それを超える場合は 1 時間毎に 1,500 円加算します。左記以外の 10 km 以上 2 時間以内なら 5,000 円とし、それを超える場合は 1 時間毎に 1,500 円加算します。

また、緊急時の対応では、昼間は 2 時間以内で 5,000 円とし、それを超える場合は 1 時間毎に 1,500 円加算します。夜間（21 時～翌朝 7 時）では、2 時間以内で 10,000 円とし、それを超える場合は 1 時間毎に 1,500 円加算します。

ただし協力医療機関への通院は無料です。

④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。

⑤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

⑥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。

- ・おむつ代
- ・補助具等（ケアプラン上必要な物については施設で用意します）

⑦料金改定

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事があります。その場合、変更しようとする日の1ヶ月以上の準備期間において内容と変更する事由について、懇談会で利用者に説明をし、身元保証人に対しても文章において通知をいたします。

(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、サービス提供期間の翌月10日までに以下のいずれか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：東山口信用金庫

(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協力医療機関

医療機関名称	松井医院
所在地	岩国市周東町下久原1040-1
診療料	内科、整形外科

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

医療機関名称	藤政病院
所在地	岩国市周東町下久原 2403-1
診療料	内科、外科、整形外科

②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 1560-1

6. 事故発生時の対応

当施設は利用者（入居者）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（入居者）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。（特定施設入居者生活介護利用契約書 第 10 条、以下「特定契約書」）

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。（特定契約書 第 12 条）

加入保険会社：あいおいニッセイ同和損保株式会社

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〕 生活相談員 村本 明子

苦情解決責任者

〔職 名〕 施設長 河本 博司

○ 受付時間

毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

(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 0827-84-3918

(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 番地 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 施設班	所在地 山口市滝町 1 番 1 号 電話番号 083-933-2793 FAX番号 083-922-3022 受付時間 8:30~17:15 (月曜日~金曜日)
山口県 岩国福祉センター	所在地 岩国市三笠町一丁目 1 番地 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)
山口県福祉サービ ス運営適正委員会 (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。

9. 身体拘束等について

- ① 当事業所は、地域密着型特定施設入居者生活介護のサービス提供に当たっては、利

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、地域密着型特定施設入居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。

10. 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。

11. 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。

12. 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てはならない。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。

令和 年 月 日

サービス提供事業所 名 称 有料老人ホーム秀東館 美空
住 所 岩国市周東町西長野 265-1

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	
	氏 名	印

利用者代理人	住 所	
	氏 名	印
	(続柄	)

身元引受人	住 所	
	氏 名	印
	(続柄	)