

「指定介護予防特定施設入居者生活介護」  
「指定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。  
(山口県指定 第 100-80 号)

当事業所ではご契約者に対して指定介護予防特定施設入居者生活介護（要支援者）並びに指定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」と確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。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人 .....	2
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. 身体拘束等について .....	10
9. 非常災害対策について .....	10
10. 個人情報の保護について .....	10

### 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 指定特定施設・平成12年11月10日指定  
山口県 100-80 号 事業者番号 3577200508  
(2)施設の目的 要支援者、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  
たく事を目的とする。  
(3)施設の名称 有料老人ホーム 秀東館 泉  
(4)施設の所在地 山口県岩国市周東町用田342-3  
(5)電話番号 0827-83-1800  
(6)施設長(管理者)氏名 阿部 秀樹  
(7)当該施設の運営方針 私達社会福祉法人 豊心会の基本理念は現代社会が忘れか  
けている家族の温かさ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。私達豊心会の目指す福祉「大家族主義」が秀  
東館泉にはあります。  
(8)開設年月日 平成12年11月12日  
(9)入居定員 39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)	13室	1室面積 21.76㎡
個室(3階)	13室	〃
個室(4階)	13室	〃
合計	39室	
食堂	1室	80.58㎡

相談室	1室	
フリースペース	4室	1～4階
浴室	2室	男女浴室
談話室 兼 機能訓練室	1室	159.02 m <sup>2</sup>

☆ 居室の変更 : ご契約者から居室の変更希望の申し込みがあった場合は、居室の空き状況により施設でのその可否を決定します。また、ご契約者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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定する者としてします。

☆ 居室に関する特記事項（トイレ、洗面は各部屋にあります。）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。

## (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	3	各階 洗濯機 2 乾燥機 1 各 100 円

※ 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	備 考
1. 施設長（管理者）	1名	1名	
2. 生活相談員	2名	1名	介護職員兼任
3. 介護職員	18名	3:1	要支援 2～要介護 5
4. 看護職員	2名	10:1	要支援 1
5. 機能訓練指導員	1名	1名	看護職員兼任
6. 計画作成担当者	1名	1名	介護職員兼任

※ 上記の職員は、令和 7 年 5 月 1 日現在。要支援者・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
1. 介護職員 看護職員	1 7:00 ~ 16:00 (2) 8:00 ~ 17:00 2 9:00 ~ 18:00 ② 9:30 ~ 18:30 3 10:00 ~ 19:00 ④ 12:30 ~ 21:30 4 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

☆ 土日、祝日は上記と異なります。

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<br>(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	1日に必要な介護時間
要支援 1	日常生活はできるが、歩行などが不安定	25分以上 32分未満又はリハビリテーション等に10分以上必要
要支援 2	歩行、立ち上がり等が不安定。日常生活に手助けが必要	32分以上 50分未満
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	32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 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9条参照）

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。

（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.ご契約者の要介護度とサービス利用料金	1,830	3,130	5,420	6,090	6,790	7,440	8,130
2.介護保険から給付される金額（自己負担 1 割の場合）	1,647	2,817	4,878	5,481	6,111	6,696	7,317
3.サービス利用に係わる自己負担額（1 割の場合）	183	313	542	609	679	744	813

☆ 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。

☆ 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それぞれ1割・2割・3割となります。

### <加算について>

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ています。

夜間看護体制加算（Ⅱ） 9円／日

夜間オンコール体制も含め、24時間緊急時（体調不良等）の看護体制をすることに対しての加算です。

協力医療機関連携加算 100円／月

協力医療機関との間で、入居者の病歴等の情報を共有する会議を定期的を開催するための加算です。

サービス提供体制強化加算 6円／日

勤続年数が7年以上の職員を全体の3割を配置していることを満たしている事業所がサービスの質の向上を図る事を目的とするための加算です。

退院・退所時連携加算 30円／日

病院・診療所、介護老人保健施設、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。

退居時情報提供加算 250円／回

入居者が医療機関へ退居した際、入居者の同意を得て、生活支援上の留意点等の情報提供を行うことを評価する新たな加算です。

新興感染症等施設療養費 240円／日（1月に1回、連続する5日が限度）

入居者等が別に厚生労働大臣が定める感染症（現在において指定されている感染症はありません）に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、

かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定します。

#### 看取り加算（I）

看取りを希望される方のみ適用される加算です。

（1）死亡日以前31日以上45日以下	72円／日
（2）死亡日以前4日以上30日以下	144円／日
（3）死亡日以前2日または3日（前日及び前々日）	680円／日
（4）死亡日	1,280円／日

#### 介護職員等処遇改善加算

((介護予防)特定施設入居者生活介護費＋各加算) × 12.2% 円／月

介護職員やその他職種の職員の処遇改善を行うための加算です。

#### (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、第8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理容・美容

散髪：1回あたり1,900円

毎月2回訪問する出張サービス(1,900円)をご利用頂けます。

##### ②買物、行政機関の手続きの代行

利用料金：1回あたり1,000円

※ 日常生活用品の買い物については週一回要望を受け無償です。又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1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。通院介助は以下の通りで申し受けます。ただし協力医療機関への通院は無料です。

1回の通院	10km以内	2時間以内	2,000円
		2時間以上1時間毎	1,500円加算
	10km以上	2時間以内	5,000円
		2時間以上1時間毎	1,500円加算
緊急時の対応	昼間	2時間以内	5,000円
		2時間以上1時間毎	1,500円加算
	夜間(21時～7時)	2時間以内	10,000円
		2時間以上1時間毎	1,500円加算

#### ④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・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

ご契約者は、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。

・おむつ代

☆ 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。その場合事前に変更内容と変更する事由について、変更を行うか2ヶ月前までにご説明します。

#### (3)利用料金のお支払い方法(契約書第9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、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：山口銀行 または 西京銀行

#### (4)介護の場所(契約書第8条参照)

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために契約者に対して、その居室において、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 3-6-12
診療料	内科、整形外科、その他

## 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、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 11 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 第 13・14 条)

加入会社 : あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

## 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 呼坂 孝子

- 苦情解決責任者

[職 名] 施設長 阿部 秀樹

- 受付時間

毎週月曜日～金曜日

8:30～17:30

- 第三者委員の設置

渡辺 隆夫 元民生委員 TEL 84-3814

宮本 裕司 司法書士 TEL 84-3918

### (2)行政機関その他苦情受付機関

岩国市	所在地	岩国市麻里布町 6 - 14 - 25
健康福祉部	電話番号	0 8 2 7 - 2 9 - 2 5 3 3
介護保険課	FAX 番号	0 8 2 7 - 2 2 - 0 9 2 8
	受付時間	8 : 45 ~ 17 : 15 (月曜日～金曜日)

国民健康保険団体 連合会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	山口市朝田 1980 - 7 0 8 3 - 9 9 5 - 1 0 1 0 0 8 3 - 9 3 4 - 3 6 6 5 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日)
山口県健康福祉部 長寿社会課 介護保険課	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	山口市滝町 1 - 1 号 0 8 3 - 9 3 3 - 2 7 7 4 0 8 3 - 9 2 2 - 3 0 2 2 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 電話番号 FAX 番号 受付時間	岩国市三笠町 1 - 1 - 1 0 8 2 7 - 2 9 - 1 5 2 2 0 8 2 7 - 2 9 - 1 5 9 4 8 : 30 ~ 17 : 15 (月曜日 ~ 金曜日)
山口県 福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 番号 受付時間	山口市大手町 9 - 6 0 8 3 - 9 2 4 - 2 8 3 7 0 8 3 - 9 2 4 - 2 7 9 3 8 : 30 ~ 17 : 00 (月曜日 ~ 金曜日)

## 8. 身体拘束等について

- ① 当施設は、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護のサービス提供に当たっては、利用者の方又は他のご利用者の生命または、身体を保護する為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 当施設は、特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護のサービス提供に当たっては、利用者の方又は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、利用者利の方又はそのご家族に身体拘束の根拠、具体的な内容、期間を説明し同意を得たうえで身体拘束等を行うものとします。

## 9. 非常災害対策について

- ① 当施設の施設長は、自然災害、火災、その他防災対策について、消防法を順守し計画的な防災訓練と設備の改善を諮り、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 1 回以上の避難訓練を行うものとします。

## 10. 個人情報の保護について

当施設において、職員は正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又は家族の秘密を漏らしてはならない。なお、当施設は、個人情報保護法に基づいた運営を行うものとします。

※ この重要事項説明書は、厚生省令第 37 号（平成 11 年 3 月 31 日）及び厚生労働省令第 35 号（平成 18 年 3 月 14 日）に基づき利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

サービス提供事業所 名称 有料老人ホーム 秀東館 泉  
住所 岩国市周東町用田 342-3  
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 )