

ケアハウス千鳥苑（介護予防）特定施設入居者生活介護重要事項説明書

（令和 7 年 7 月 1 日現在）

当施設は(介護予防) 特定施設入居者生活介護の指定を受けています。

介護保険事業所番号 岩手県 第 0370501561号

当施設はご契約者に対して（介護予防）特定施設入居者生活介護を提供します。施設の概要や、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とおり説明します。

※ 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」または「要介護」と認定された方が対象となります。

1 施設の設置主体

名 称	社会福祉法人 寿 水 会
事務所所在地	〒023-0874 岩手県奥州市水沢字見分森 19 番地 1
代 表 者 氏 名	理 事 長 藤 原 健 一
電話・FAX 番号	電話 0197-25-3131 FAX 0197-25-3051
設 立 年 月 日	昭和 41 年 8 月 30 日 (設立認可 昭和 41 年 8 月 12 日 厚生省社第 178 号)

2 特定施設

施設の種類	(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (平成 27 年 10 月 1 日指定) 岩手県第 0370501561 号
施設の名称	ケアハウス千鳥苑
施設の所在地	〒028-3185 岩手県花巻市石鳥谷町大瀬川第 8 地割 10 番地 1 号
施 設 長 名	施設長 中 村 明
電話・FAX 番号	電話 0198-45-6191 FAX 0198-45-4892
開 設 年 月 日	平成 6 年 4 月 1 日
入 居 定 員	30 人 (うち特定 24 人)

3 施設運営方針

事業の実施に当たっては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

要支援、要介護状態になった場合でも、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活の世話、機能訓練及び療養上の世話等のサービス提供を行います。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4 施設の職員体制

当施設では、ご契約者に対して（介護予防）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。

職 種	職 務 の 内 容	人 員
管 理 者	業務の一元的な管理	1 名 （常勤） （ケアハウス千鳥苑 施設長兼務）
生活相談員	生活相談及び助言・指導	1 名
介 護 職 員	介護業務	7 名（常勤）（兼務） （3 名は兼務）
看 護 職 員	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック及び指導、保健衛生管理	2 名 （常勤） 1 名 機能訓練と兼務 1 名 介護職と兼務
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1 名 （兼務） 看護職と兼務
計画作成担当者	特定施設サービス計画の作成等	1 名 （常勤） 介護職と兼務

＜職員の勤務状況＞

職 種	勤務体制
日 勤	8：30～17：15
早 番	7：00～15：45
遅 番	9：30～18：15
夜 勤	16：00～24：00
	1：00～9：00

5 居室等の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
一人専用居室	24 室	面積（22.9）㎡～（23.7）㎡
二人専用居室	3 室	面積（37.7）㎡
合 計	27 室	
食 堂	1 室	1 階フロアに専用食堂 面積（78.9）㎡
機能訓練室	1 室	ホール兼機能訓練室 面積（167.2）㎡
浴 室	2 室	一般浴 男女各 1 室（26.5）㎡ 特殊浴槽用浴室 （25.5）㎡

6 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。

(1) 当施設が提供するサービスについて

介護保険の給付対象となるサービスと介護保険の給付対象とならないサービスがあります。

(2) 介護保険の給付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7～9割が介護保険から給付されます。

下記の表はサービスの基本例です。実際のサービス提供は、ご契約者の身体、精神の状況、及びご契約者、ご家族の意向を踏まえた上で、計画作成担当者が作成する介護計画に基づいて提供されます。

＜サービスの概要＞

食 事	ご契約者の状況に応じて適切な食事の提供及び食事の介助を行います。 必要に応じて、配膳、下膳を行います。
入 浴	自力での入浴が困難な場合には、週2回、入浴の介助、または清拭を行います。
排 泄	ご契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 やむを得ず、おむつ等を使用する場合は、必要に応じて随時交換します。
機能訓練	機能訓練指導員により、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または、その減退を防止するための訓練を実施します。
健康管理	看護職員が随時、健康相談に応じます。 看護職員が医師の指示のもと、健康管理（血圧、脈拍測定等）や各種処置を行います。 必要に応じて、服薬の管理、介助、確認を行います。
通院介助	必要に応じ、協力医療機関への付添いを行います。 必要に応じ協力医療機関への受診送迎を行います。
離 床	寝たきり防止のため、出来る限り離床するよう配慮します。
着 替 え	生活のリズムを損なわないよう、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。必要に応じて介助を行います。
整 容	清潔で快適な生活が送れるよう、整容を援助します。必要に応じて介助を行います。
体位交換	寝返りが自力で出来ない場合は、必要に応じ、随時、体位交換の介助を行います。
居室からの移動	必要に応じて介助します。
巡 回	24時間、職員が常駐し、必要に応じて定期的に巡回します。

緊急時の対応 居室内の掃除	24 時間、職員が常駐し、ナースコール等にて対応します。 居室内の清掃等が自力で出来ない場合は、週 1 回程度をめやすに行います。 居室内の整理整頓は、転倒等の危険防止の範囲で随時行います。
洗 濯	洗濯が自力で出来ない場合は週 2 回程度を目安に行います。 (汚染時は随時行います)

<サービス利用料金>

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、ご契約者の要支援、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）のお支払いをお願いします。（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）

（１）基本料金（１日当たり）

介護区分	利用料（１日）	自己負担額（１日）	１割負担額（月額）	２割負担額（月額）
要支援１	１，８３０円	１８３円	５，４９０円	１０，９８０円
要支援２	３，１３０円	３１３円	９，３９０円	１８，７８０円
要介護１	５，４２０円	５４２円	１６，２６０円	３２，５２０円
要介護２	６，０９０円	６０９円	１８，２７０円	３６，５４０円
要介護３	６，７９０円	６７９円	２０，３７０円	４０，７４０円
要介護４	７，４４０円	７４４円	２２，３２０円	４４，６４０円
要介護５	８，１３０円	８１３円	２４，３９０円	４８，７８０円

注：利用者負担額は介護保険負担割合証による。

※１ 上記サービス料金に、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）が加算されます。

※２ その他、上記サービス料金に、夜間看護体制加算（９単位/日介護予防なし）、サービス提供加算Ⅲ（６単位/日）、科学的介護推進体制加算（４０単位/月）が加算されます。

また、退院・退所時連携加算（３０単位/日介護予防なし）が加算される場合があります。

※３ ご契約者が入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく特定施設入居者生活介護費用はございません。（ケアハウスの入居費用は通常通り算定されます。）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いったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担を除く金額が介護保険から払い戻されます。

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。

国の介護保険法の改正等に伴う、給付額の変更があった場合には、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。この場合はあらかじめ、ご契約者又はその家族に対し当該サービスの内容、及び費用を記した文書により説明し、同意を得るものとします。

(2) 介護保険の給付サービスとならないサービス

＜サービス概要の例＞

個別的な選択によるサービス費用	健康診断、法定定期検診（コロナワクチン接種、インフルエンザワクチン接種など）：原則無料 外出日以外の医療機関への通院介助：有料	通院付添介助 1時間当たり 1,500円
	標準的な回数を超えて入浴を行った場合の介助（標準2回）	1回につき 500円
	介護保険更新の医師意見書作成時の送迎及び付き添い等	1時間当たり： 1,500円
送迎の費用	月2回の外出、買物 予防注射、自治体による定期健康診断、ワクチン投与等	原則無料
日常生活上必要となる諸費用	衣類、化粧品、嗜好品等日用品一般	実費
	おむつ代	実費
	クリーニング代	実費
	洗濯機、乾燥機使用料	実費
	医療費、インフルエンザ予防接種、健康診断費用	実費
	杖、シルバーカー、車椅子等、個人で使用する福祉用具	実費（レンタル斡旋あり）
レクリエーション、クラブ活動に係る費用	工作等を行った場合の材料費 苑開催の行事の食事代等	実費

＜食事の提供＞

①食事は3食提供します。

②食事の時間は、概ね次のとおりです。

朝食：午前 7時30分～午前8時30分

昼食：午前12時00分～午後1時00分

夕食：午後 6時00分～午後7時00分

③食事を欠食する場合又は、家族、面会人の食事を希望する場合は、その日の前日の午前9時30分までに申し出願います。

④1日の食事の3食を提供受けなかった日数がある場合は、その日数に応じて食費を減額します。

⑤食費は、次の区分のとおりとし、1日900円です。

朝食：220円 昼食：360円 夕食：320円

1日の3食を欠食し、清算する時は、1日分を900円として計算します。

経済状況の著しい変化や、その他やむを得ない事情がある場合、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

(3) 利用料金のお支払方法

前述 (1)、(2) の料金、費用は1カ月ごとに計算し、毎月、10日に請求書にてご請求しますので、毎月の銀行代行日か、毎月20日までに口座振り込みによりお支払い下さい。(金融機関が休業日の場合は、翌営業日となります。)

1カ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。

振込先口座

岩手銀行石鳥谷支店 (普通) No.1172559
社会福祉法人寿水会 理事長 藤原健一

(4) 介護の場所

一時的に介護・観察が必要となった場合は、居室の他、一時介護室においてサービスを提供します。

(5) 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入院治療を受けることができます。(下記協力医療機関での優先的な診療、入院治療の保証、または優先的な診療、入院治療を義務付けるものではありません。)

①協力医療機関

名 称 : 社団医療法人 啓愛会 宝陽病院 電話 0198-45-6500
住 所 : 花巻市石鳥谷町新堀第15地割23番地
診療科目 : 内科・外科・形成外科・整形外科・皮膚科・眼科・小児科

名 称 : 石鳥谷駅前クリニック 電話 0198-46-2621
住 所 : 花巻市石鳥谷町好地第7地割209番地2
診療科目 : 内科・外科・整形外科・小児科

②協力歯科医療機関

名 称 : 桜井歯科医院 電話 0198-45-5200
住 所 : 花巻市石鳥谷町好地第9地割9-9
診療科目 : 歯科

7 緊急時及び事故発生時の対応について

サービスの提供中に様態の変化や事故等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、救急隊、ご家族等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

ご契約者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償いたします。(当事業所は株式会社 福祉保険サービスを通じ、株式会社あいおいニッセイ同和損保と損害賠償保障契約を結んでおります。)

8 サービス提供における事業者の義務

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。

- ・ご契約者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ・ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合は、医師又は看護職員と連携の上、状態を確認した上でサービスを実施します。
- ・ご契約者が受けている要介護認定の有効期間満了日の 30 日前までに要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ・ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2 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。
- ・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等やむを得ない場合には身体拘束に関する指針により適切な対応を行います。
- ・サービスを提供するにあたって知り得た、ご契約者及び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の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の情報を提供します。

9 損害賠償について

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、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、ご契約者に故意又は過失が認められる場合にはご契約者の置かれた心身の状況を考慮して、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。

10 サービス利用をやめる場合（特定施設入居者生活介護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 7 日前までにご契約者、又はご家族から契約終了の申し入れがない場合には、契約は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無い限り、継続してサービスを利用することができます。

- ・ご契約者がお亡くなりになった場合。
- ・要介護認定により、自立と判定された場合。
- ・施設の入居契約が終了した場合。
- ・事業所が破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ・事業所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。
- ・事業所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。
- ・ご契約者から解約また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。）
- ・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ください。）

（1）ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用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。

- ・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。
- ・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居者生活介護を実施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居者生活介護を実施しない場合。
- ・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
- ・事業者もしくはサービス従事者が故意または過失により、ご契約者の身体、財産、信用等を傷つけ本契約を継続しがたい重大な事態を生じさせた場合。
- ・事業者もしくはサービス従事者に著しい背信行為が認められる場合、その他本契約を継続しがたい重大な事態が認められる場合。
- ・他の利用者が、ご契約者の身体、財産、信用等を傷つけた場合、または傷つけるおそ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

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。

- ・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態を生じさせた場合。
- ・ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅滞し、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。
- ・ご契約者が故意又は過失により、事業者又はサービス従事者、及び他の利用者の身体、財産、信用等を傷つけ、本契約を継続しがたい重大な事態を生じさせた場合。
- ・ご契約者に著しい配信行為が認められる場合、その他本契約を継続しがたい重大な事態が認められる場合。
- ・ご契約者に自傷他害の恐れや、著しい徘徊、その他の行動等があり、かつ契約者に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないと医師の意見を聴いた上で事業者が判断した場合。
- ・ご契約者が他の介護保険施設へ入所した場合。

(3) 契約の終了に伴う援助

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。

11 相談・苦情窓口

- (1) 当施設のサービスの提供に係る入所者からの相談 ・ 苦情は、受付担当者の生活相談員が受け付け、施設長が苦情処理責任者となって、誠意をもって解決に向けて取り組みます。

電話 0198-45-6191

FAX 0198-45-4892

- (2) その他の苦情受付機関

花巻市、県南広域振興局、岩手県福祉サービス運営適正化委員会等でも受け付けています。

・花巻市保健福祉部長寿福祉課	電話（代）	0 1 9 8－2 4－2 1 1 1
・県南広域振興局保健福祉環境部	電話	0 1 9 8－2 2－2 8 5 0
・岩手県国民健康保険団体連合会	電話	0 1 9－6 0 4－6 7 0 0
・岩手県福祉サービス運営適正化委員会	電話	0 1 9－6 3 7－8 8 7 1
・苦情解決委員会第三者委員 熊谷秀夫	電話	0 1 9 8－4 5－5 3 4 3
同 上 板垣 公	電話	0 1 9 8－4 5－6 1 2 3

確 認 書

令和 年 月 日

指定特定施設入居者生活介護サービス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。

事業者

所在地 岩手県奥州市水沢字見分森19番地1
名 称 社会福祉法人 寿水会
代表者 理事長 藤原 健一 ⑩

説明者

生活相談員 ⑩

私は、契約書及び本書面により、施設からケアハウス千鳥苑についての重要事項の説明を受け、入居することについて同意いたします。

入居者

住 所
氏 名 ⑩

身元保証人

住 所
氏 名 ⑩