

# 特定施設入居者生活介護（予防を含む）

## 重要事項説明書

### 1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 坂井来春会	
代表者名	理事長 山本 文雄	
所在地	福井県坂井市坂井町折戸第1号58番地	
電話・FAX番号	0776-72-7373	0776-72-7171
設立年月日	平成9年7月22日	

### 2. 事業所の概要

施設の種別	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	
事業所名	サンシャインゆり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	
所在地	福井県坂井市春江町本堂27号1番地1	
電話・FAX番号	0776-51-8787	0776-51-8899
事業所番号	1871701130	
開設年月日	平成30年6月1日	
管理者の氏名	麻田 かおり	
利用定員	50人	

### 3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人坂井来春会が設置運営する【サンシャインゆり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】は要支援、要介護状態にあるご入居者様に対し、適正な特定施設入居者生活介護（予防を含む）を提供することを目的とする。
-------	--

運営方針	<ol style="list-style-type: none"><li>1 事業所の従業者は、特定施設入居者生活介護（予防を含む）サービス計画に基づき、ご入居者様が当該施設において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、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練及び療養上の支援を行う。</li><li>2 安定的かつ継続的な事業運営に努める。</li><li>3 事業の実施に当たっては、居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</li></ol>
------	---

#### 4. 施設の概要

##### (1) 構造等

敷 地		8,504.46 m <sup>2</sup>
建 物	構 造	鉄骨造 5階建 (耐火建築)
	延床面積	5,667.13 m <sup>2</sup>
	特定施設入居者生活介護(予防含む)専用部分	1,106.45 m <sup>2</sup>

##### (2) 居室

居室の種類	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
一人部屋	50	969.05. m <sup>2</sup> (18.60 m <sup>2</sup> ×29室) (20.15 m <sup>2</sup> ×19室) (23.4 m <sup>2</sup> ×2室)	ナースコール設置

##### (3) 主な設備

設 備	室 数	面積 (一人あたりの面積)	備 考
食 堂	2 (1F・2F)	122.524 m <sup>2</sup> (2.45 m <sup>2</sup> )	50人 (兼機能訓練室)
相 談 員 室	1 (1F)	19.29 m <sup>2</sup>	
共 同 生 活 室	1 (2F)	30.60 m <sup>2</sup> (0.61 m <sup>2</sup> )	シアタールーム
	1 (3F)	37.40 m <sup>2</sup> (0.75 m <sup>2</sup> )	図書室
浴 室 ・ 脱 衣 室	1 (1・2F)	33.26 m <sup>2</sup>	機械浴
	1 (1・2F)	43.275 m <sup>2</sup>	脱衣室
	1 (1・2F)	21.69 m <sup>2</sup>	個浴

#### 5. 職員の配置状況

職員につきましては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）に基づき、適正に配置しています。

#### 6. 特定施設入居者生活介護（予防を含む）のサービス内容と費用

##### (1) 介護保険給付対象サービス

###### ア サービス内容

種 類	内 容	
食 事	食 事 時 間	
	朝食	7:30～ 8:30
	昼食	12:00～13:00
	夕食	17:45～18:45
基本的には食堂でのお食事となります ご入居者様の状態に合わせ、以下のような形態の食事の提供を行います。 ・消化不良な方、咀嚼困難な方 (主食：お粥、軟飯 副食：刻み食 超刻み食、トロミ食)		

	・アレルギーのある方 (青魚→白身魚など他の食材で対応)
入浴	ご入居者様の心身の状況に応じて適切な入浴介助を行うと共に、入浴の自立についても適切な援助を行います。週2回の入浴又は清拭を行います。
排泄	ご入居者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立についても適切な援助を行います。おむつを使用する方に対しては必要に応じ随時交換を行います。
離床、更衣、整容等	寝たきり防止のため、できる限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。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツの交換は週1回行います。
機能訓練	機能訓練指導員によりご入居者様の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
医療機関送迎	協力医療機関（春江病院・大野歯科）への送迎は事業所にて行わせていただきます。その他の医療機関に関しましては原則としてご家族様等で行っていただきます。

## イ サービス利用料金

(1) 保険給付サービス利用料金 (※地域区分：7級地・・・1単位あたり10.00円)

保険給付サービス	<p>要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額がご入居者様負担額になります。負担割合は個人によって異なりますので、介護保険負担割合証をご確認の上事業所へご提示下さい。</p> <p>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、ご入居者様の負担額を変更します。</p>
----------	---

### 【基本サービス単位】

	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
サービス費 1日当り	182単位	311単位	538単位	604単位	674単位	738単位	807単位

### その他介護保険給付の対象となる加算（アンダーラインが現在取得している加算）

【入居継続支援加算Ⅰ】	36単位/日
【入居継続支援加算Ⅱ】	22単位/日
【生活機能向上連携加算Ⅰ】	100単位（3ヶ月に1回）
【生活機能向上連携加算Ⅱ】	200単位/月
【個別機能訓練加算Ⅰ】	12単位/日
【個別機能訓練加算Ⅱ】	20単位/月
【ADL維持等加算Ⅰ】	30単位/月
【ADL維持等加算Ⅱ】	60単位/月

【夜間看護体制加算】	10 単位/日（要支援除く）
【若年性認知症入居者受入加算】	120 単位/日
【医療機関連携加算】	80 単位/月
【口腔衛生管理体制加算】	30 単位/月
【口腔・栄養スクリーニング加算】	20 単位（6 ヶ月に1回）
【科学的介護推進体制加算】	40 単位/月
【退院・退所時連携加算】	30 単位（入居日～30日間）
【看取り加算Ⅰ】	72 単位/日（死亡日以前 31 日～45 日） 144 単位/日（死亡日以前 4 日～30 日） 680 単位/日（死亡日以前 2 日または 3 日） 1280 単位/日（死亡日）
【看取り加算Ⅱ】	572 単位/日（死亡日以前 31 日～45 日） 644 単位/日（死亡日以前 4 日～30 日） 1180 単位/日（死亡日以前 2 日または 3 日） 1780 単位/日（死亡日）
【認知症専門ケア加算Ⅰ】	3 単位/日
【認知症専門ケア加算Ⅱ】	4 単位/日
【サービス提供体制強化加算Ⅰ】	22 単位/日
【サービス提供体制強化加算Ⅱ】	18 単位/日
【サービス提供体制強化加算Ⅲ】	6 単位/日
【介護職員処遇改善加算Ⅰ】	（介護保険基本料＋加算料金）×8.2%分の料金
【介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ】	（介護保険基本料＋加算料金）×1.2%分の料金
【介護職員等ベースアップ等支援加算】	（介護保険基本料＋加算料金）×1.5%分の料金

(2) 介護保険給付対象外サービス

利用料の全額を負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
家賃	各居室のお部屋代	43,000円/月
共益費	保守管理修繕費（サ高住契約書第5条に準拠する）	18,000円/月
敷金	家賃1ヶ月分（43,000×1ヶ月）入居時	43,000円
食費	食事を提供するにあたり係る費用（食材費・人件費等）	朝食 450円/1食 昼食 550円/1食 夕食 700円/1食
水道代	居室内使用分・共有浴室使用分（月間定額）	3,000円/月
電気代	居室内使用分	実 費
健康管理費	健康診断・ワクチン接種等	実 費
おむつ代	各種実費相当額	実 費
クラブ活動等の材料費	材料費等の実費相当額（ご入居者様の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを事業者が提供する場合に係る費用に限る）	実 費

その他日常生活品費	特定入居者生活介護において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用であって、ご入居様が負担することが適当と認められる費用につき、実費を徴収します。	実 費
-----------	--	-----

## 7. 利用料のお支払い方法

お支払いは、月末に利用料金を計算し、翌月 10 日までに請求、毎月 20 日に指定の金融機関の口座から引き落としをさせていただきます。

## 8. サービスの利用に関する留意事項

居室・設備・器具等の利用	事業所内の設備・器具は本来の用法に従ってご利用ください。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、設備・器具を壊したり、汚したりした場合には、ご入居者様又はそのご家族様等の自己負担により原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	ご入居者様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、ご利用者様の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合ご入居者様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。
外出・外泊	外出・外泊の際には、事務所までご連絡ください。 ※行き先、外出時間～帰宅予定時間をお知らせください。
来訪・面会	面会時間は 8 時 30 分から 21 時 00 分までとします。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。 ご家族様等の方はご入居者様のお部屋に宿泊することが出来ます。ただし、事前に職員までお申し出下さい。 また、新型コロナウイルス等感染症まん延時期におきましては、来訪・面会を中止する場合がございますのでご了承ください。
協力医療機関以外の医療機関への受診	協力医療機関以外に通院する場合の送迎及び付添は原則ご家族様等でお願いたします。
喫煙	全館禁煙とします。ご協力お願いします。
迷惑行為	騒音等他のご入居者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他のご入居者様の居室等に立ち入らないでください。
宗教活動・政治活動	事業所内での他のご入居者様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	事業所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	事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
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。

原状復帰	退居時には、居室の状態を入居時の原状に回復していただきます。
身上変更届	ご入居者様の身上に関する重要な事項に変更が生じたときは、速やかに事業所の従業員に届け出てください。
その他	管理者が留意事項と定める事項は遵守していただきます。

## 9. 事故発生時の対応

ご入居者様に対する特定施設入居者生活介護（予防を含む）サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町及びご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「防災計画」に則り対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画に則り年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	351台	避難階段	2ヶ所
	防火扉	8ヶ所	避難救助袋	1ヶ所
	消火器	21台	自動火災報知設備	148ヶ所
	非常放送	1式	誘導灯	40ヶ所
	補助散水栓	11台	火災通報装置	1式
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	嶺北消防署への届出日：令和4年11月11日 防火管理者：牧野 吉文			

## 11. 損害賠償について

事業所の責任によりご入居者様に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご入居者様に故意又は過失が認められた場合には、ご入居者様のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められるときに限り、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 12. 苦情申立窓口

当事業所では、ご入居者様又はそのご家族様等が満足して特定施設入居者生活介護（予防を含む）サービスをご利用いただけるよう、苦情受付担当者と苦情を受け付ける苦情受付窓口を設置しています。また、苦情解決に当たり中立・公正な立場から助言を行う第三者委員も設けております。

◆体制は次のとおりです。

	氏名	連絡先
苦情受付担当者	木戸 和美	サンシャインゆり事務所

		ご利用方法：電話 0776-51-8787 ：面接 当事業所1階相談室 ：ご意見箱（当事業所1階ホールに設置）
苦情解決責任者	麻田かおり	サンシャインゆり事務所 電話0776-51-8787
第三者委員	井上 邦子	民生委員 電話 0776-81-2331

◆苦情の受付方法は次のとおりです。

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、ご入居者様及びそのご家族等より報告を受けた内容を確認させていただきます。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5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とおりです。

苦情解決責任者は、ご入居者様及びそのご家族様等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。

当事業所で解決できない場合は下記に申立することができます。

◆行政機関・その他苦情受付機関

機 関 名	所 在 地	電 話 番 号
坂井地区広域連合介護保険課	坂井市坂井町上兵庫40-15	0776-91-3309
福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発4丁目202-1	0776-57-1614
福井県運営適正化委員会	福井市光陽2丁目3-22	0776-24-2347

### 1.3. サービス利用の終了

契約の有効期間は、契約締結の日からご入居者様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、ご契約者様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。ただし、次のような事項に該当する場合には、当事業所との契約は終了します。

(1) ご契約者様からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、契約書第14条により、ご契約者様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30日前までに解約届出書をご提出ください。

(2) 事業者からの契約解除の申し出

契約書第15条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。

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者はご入居者様の心身の状況、お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。

### 1.4. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご入居者様に対してのサービスを提供するにあたり、次のことを遵守いたします。

- ① ご入居者様の生命、身体、財産の安全、確保に配慮します。
- ② ご入居者様の体調、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上、ご入居者様又はそのご家族様等から聴取、確認します。
- ③ ご入居者様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、ご入居者様又はそのご家族様等の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ ご入居者様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、ご入居者様又は他のご入居者様の生命、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。
- ⑤ ご入居者様へのサービス提供時において、ご入居者様に病状の急変が生じた場合には、速やかに主治医等への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑥ ご入居者様へのサービスを提供するにあたって知り得たご入居者様又はご家族様等に関する情報を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。(守秘義務)
- ⑦ ご入居者様の人権の擁護・虐待の防止のために、事業者の施設長を責任者とする。その必要体制を行なうと共に事業所の従事者に対し研修を実施する等の措置を講ずる

## 15. 当施設における個人情報の利用目的

### 【サービスの提供に必要な利用目的】

#### 〔当事業所での利用〕

- ・ 当事業所でご入居者様に提供するサービス
- ・ 介護保険事務
- ・ ご入居者様に係る管理運營業務のうち
  - －入退居等の事業管理
  - －会計・経理
  - －質向上・安全確保・介護事故あるいは未然防止等の分析・報告
  - －介護サービスの向上

#### 〔他の事業所等への情報提供〕

- ・ 当事業所がご入居者様に提供するサービスのうち、
  - －他の介護サービス事業所、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携
  - －他の介護サービス事業所等からの照会への回答
  - －ご入居者様への介護サービスの提供にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める際
  - －給食業務の委託・その他の業務委託
  - －ご家族様等への状態説明
- ・ 介護保険事務のうち、
  - －保険事務の委託
  - －審査支払機関又は保険者へのレセプトの提出
  - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 介護事業者賠償責任保険などに係る、介護に関する専門の団体、保健会社等への相談又は届出等
- ・ 第三者機関への質向上・安全確保・介護事故対応・未然防止等のための報告

### 【上記以外の利用目的】

#### 〔当事業所での利用〕

- ・ 介護施設等の管理運營業務のうち、

- 介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
- 介護士・看護師・理学療法士・栄養士・医療事務等の学生実習への協力
- 介護士・看護師・理学療法士・栄養士等の教育・研修
- 症例検討
- 介護サービス等の満足度調査や業務改善のためのアンケート調査

[学会等への発表]

- 特定のご入居者様・関係者の症例や事例の学会、研究会などでの報告は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化する。匿名化困難な場合は、本人の同意を得る。

[他の事業所等への情報提供を伴う事例]

- 当事業所の管理運營業務のうち、
  - 外部監査機関への情報提供
  - 当該ご入居者様に介護サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答

16. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	大野歯科医院	院長名	大野 好子
所在地	坂井市春江町江留上本町6-14	電話番号	0776-51-0265
入院設備	なし		

17. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 博俊会 春江病院	院長名	土田 哲
所在地	坂井市春江町針原65-7	電話番号	0776-51-0029
診療科	内科 外科 循環器内科 呼吸器科 泌尿器科		
入院設備	あり		

医療機関の名称	医療法人 響 二の宮クリニック	院長名	高橋 嘉彦
所在地	福井市大宮3-31-7	電話番号	0776-28-3800
診療科	内科 外科 胃腸科 肛門科 リハビリテーション科		
入院設備	なし（往診）		

## 特定施設入居者生活介護（予防を含む）

私は、【サンシャインゆり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】を利用するにあたり、特定施設入居者生活介護（予防を含む）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

サンシャインゆり  
管理者 様

利用者	住所		
	氏名		印
家族及び身元引受人	住所		
	氏名	(続柄)	印

### 【本約款の請求書—明細及び領収書の送付先】

氏 名	(続柄 )
住 所	
自宅電話番号	

### 【緊急時の連絡先①】

氏 名	(続柄 )
住 所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
職場電話番号	

【緊急時の連絡先②】

氏 名	(続柄 )
住 所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
職場電話番号	