

(3) 重要事項説明書（特定施設入居者生活介護サービス）

あなたに対する入居サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第178条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	千寿福祉会
事業者の所在地	津山市瓜生原326-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 小林 和彦
電話番号	0868-26-3118
指定年月日及び指定番号	平成 12年 6月20日 No3373800303

2. ご利用施設

施設の名称	軽費老人ホーム ケアハウス百寿
施設の所在地	久米郡美咲町書副192-3
施設長名	施設長 森 下 直 衛
電話番号	0868-64-7751
FAX番号	0868-64-7752

3. 当法人であわせて運営する事業

事業の種類	岡山県知事の事業者指定	
	指定年月日	指定番号
居宅介護支援事業（居宅介護支援事業所英田）	11年10月1日	3373700016
介護老人福祉施設（特別養護老人ホームマンティあいだ）	12年4月1日	3373700263
短期入所生活介護事業（特別養護老人ホームマンティあいだ）	12年4月1日	3373700263
通所介護事業（デイサービスセンターやなはら）	12年4月1日	3373800287
認知症対応型共同生活介護（グループホームほほえみ）	16年4月1日	3373700420
認知症対応型共同生活介護（グループホーム百）	16年6月1日	3373800386
通所介護事業（デイサービスセンターふれあい）	17年7月1日	3373700560
訪問介護事業（ヘルパーステーションあいあい）	17年7月1日	3373700576
認知症対応型共同生活介護（グループホームみすず）	18年10月1日	3390300014
生活介護事業所（生活介護事業所さやかなる苑）	19年4月1日	3313800116
認知症対応型共同生活介護（グループホーム清和）	19年6月1日	3393900026

4. 事情の目的と運営の方針

事業の目的	生活の場及び介護サービスの提供・日常生活の援助
施設運営の方針	心のこもったサービスの提供

5. 施設の概要

(1) 敷地及び建物

敷地	3, 500 m ²	
建物	構造	鉄筋コンクリート造ゆう葉瓦葺&カルバリウム鋼板
	延べ床面積	1, 515. 09 m ²
	利用定員	30名

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積等
介護専用居室	30室 (定員30名)	1人部屋 30室 24.05~24.06 m ²
食堂 兼 機調理	1室	99.38 m ²
浴室	2室	32.0 m ²
便所	3箇所	24.75 m ²

(注1) 各部屋の配置ならびに構造については、別添の平面図を参照して下さい。

6. 職員体制 (主たる職員)

従業者の種類	員数	区分				常勤換算後の人員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	生活相談員と兼務
生活相談員	1		1			1	社会福祉主事1名
介護職員	11	7	1	3		9.8	介護福祉士9名
看護職員	2	1	1			1.5	正看護師1名・准看護師1名
機能訓練指導員	1		1			0.5	准看護師1名
計画作成担当者	1		1			0.5	介護職員と兼務 介護支援専門員1名

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (8:00~18:00) 常勤で勤務	
生活相談員	正規の勤務時間帯 (8:00~17:00) 常勤で	4週8休

	勤務	
介護職員 介護職員兼 計画作成担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・早出 (6 : 30 ~ 15 : 30) 日勤① (7 : 30 ~ 16 : 30) 日勤② (8 : 00 ~ 17 : 00) 中出 (9 : 00 ~ 18 : 00) 遅出① (9 : 30 ~ 18 : 30) 遅出② (10 : 00 ~ 19 : 00) 夜勤 (16 : 00 ~ 9 : 00) ・夜間 (19 : 00 ~ 6 : 30) は、原則として職員1名でお世話をします。 	4週8休
看護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・正規の時間帯 (7 : 30 ~ 16 : 30) (9 : 00 ~ 18 : 00)、通常1名体制で勤務。 ・夜間については交替で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 	4週8休
機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> ・正規の時間帯 (7 : 30 ~ 16 : 30) (9 : 00 ~ 18 : 00)、通常1名体制で勤務。 	4週8休

8. 営業日

営業日	年中無休
-----	------

9. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容	利用料
食事の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士が献立を立て、食事を提供します。(ただし、食費は給付対象外です。) ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるよう配慮します。(食事時間) 朝食 8 : 00 昼食 12 : 00 夕食 18 : 00 	介護報酬の告示上の額(ただし、法定代理受領の場合は居宅介護(支援)サービス基準額の割合相当(割合:「介護保険負担割合証」に記載されている割合[1割~は3割])、法定代理受領でない場合は、居宅介護(支援)サービス基準額相当額です。)
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じた適切な排せつの介助排せつの自立に向けた援助 ・オシメを使用する方に対してはこまめに交換します(随時交換)。 	
入浴の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を 	

	用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・シーツの交換は週1回実施します。
相談及び援助	・生活相談員による相談
レクリエーション行事	・施設行事計画に沿ったレクリエーション行事を企画します。

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	金 額 等
おむつの提供	御希望に応じて提供させていただきます。	実費
行政手続きの代行	市役所等での書類の申請交付、申請手続き等を代行します。	実費
居室の使用料		ケアハウスの管理費に含まれます
食事の提供	季節感のある適温の食事を提供いたします。また個々の体調に合わせた食べやすく調理された食事を心がけます。	ケアハウスの生活費に含まれます
理美容サービス	2ヶ月1回、理髪店の出張によるサービスを利用いただけます。	理髪サービス 実費
教養娯楽活動	クラブ活動 (生け花・習字・短歌・カラオケ等) 喫茶会 (1回/月)	生け花、喫茶会は、 実費

区 分 種 類	要支援1 ～ 要介護1、2	
	介護保険給付、一時金及び月額 利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
(介護サービス)		
※ 巡 回		
昼間 8:00～17:00	2～3回 (随時)	
夜間 17:00～ 8:00	3～4回 (随時)	
※ 食事介助	見守り、声掛け	
※ 排泄		
・排泄介助	自立支援 (声掛け、見守り) ～随時	
・オシメ交換	尿取りパット、リハビリパンツ交換の声掛け、誘導、 見守り～随時	実費 (尿取りパット、リハビリ パンツ、紙オシメ)
・オシメ代		
※ 入浴等	入浴日以外の毎朝、排泄、失禁、体調不良時 (希望があれば随時)	
・清拭		
・一般介助	2回/以上 (自力入浴可能者は毎日)	
・特浴介助		
※ 身辺介助	体調不良時のみ	
・体位変換	自立支援(見守り、声掛け)体調不良時は一部介助	
・居室からの移動	自立支援(見守り、声掛け)	
・衣類の着脱	自立支援(見守り、声掛け)	
・身だしなみの介助		
※ 機能訓練	リハビリ室、居室	
※ 通院介助	声掛け、見守り、付き添い	
※ 緊急時対応	随時対応	
・ナースコール	随時対応	

<p>(生活サービス)</p> <p>※家事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清掃 ・洗濯 <p>※居室配膳、下膳</p> <p>※理美容</p> <p>※代行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・買物 ・役所手続き 	<p>自立支援(声掛け、見守り)トイレ掃除、部屋の清掃</p> <p>自立支援(声掛け、見守り)衣類、シーツ (洗濯センター)</p> <p>食堂 (体調不良時、希望があれば居室配膳)</p>	<p>1回/月 (地域の理髪店より来所)</p> <p>実費</p> <p>実費(4~5回/月)津山市内</p> <p>実費(3~4/月)介護認定更新手続き等</p>
<p>(健康管理サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診 	<p>インフルエンザ予防接種</p> <p>胸部レントゲン(2回/年)</p> <p>体重測定 (1回/月) 尿検査 (2回/月)</p> <p>検便 (1回/年) 感染症 (1回/年)</p> <p>随時</p> <p>随時</p>	<p>実費 (希望者)</p> <p>1回 (火) /週 (AM) 随時</p>
<p>(入退院時、入院中のサービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費 ・移送サービス 	<p>大村医院・菊井歯科送迎</p>	<p>実費</p> <p>他機関 (実費)</p>
<p>(その他のサービス)</p> <p>※教養娯楽活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クラブ活動 ・喫茶会 	<p>習字、カラオケ、音楽</p>	<p>生け花、手芸 (実費)</p> <p>1回/月 (実費)</p>

区 分 種 類	要介護3、4、5	
	介護保険給付、一時金及び月額 利用料を含むサービス	その都度徴収するサービス
<p>(介護サービス)</p> <p>※巡 回</p> <p>昼間 8:00~17:00</p> <p>夜間 17:00~ 8:00</p> <p>※食事介助</p> <p>※排泄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助 ・オシメ交換 ・オシメ代 <p>※入浴等</p>	<p>10~11回 (随時)</p> <p>6~7回 (随時)</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>一部介助、全介助 (尿取りパット、リハビリパンツ、紙オシメ)</p> <p>入浴日以外の毎朝、排泄、失禁、体調不良時</p>	<p>実費 (尿取りパット、リハビリパンツ、紙オシメ)</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・清拭 ・一般介助 ・特浴介助 	<p>(希望があれば随時)</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、2回/W以上</p> <p>見守り、声掛け、全介助2回/W以上</p>	
<p>※ 身辺介助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体位変換 ・居室からの移動 ・衣類の着脱 ・身だしなみの介助 	<p>見守り、一部介助、全介助 昼間～4回 夜間5～6回 見守り、一部介助、全介助</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>一部介助、全介助</p>	
<p>※ 機能訓練</p> <p>※ 通院介助</p>	<p>リハビリ室、居室</p> <p>声掛け、見守り、一部介助、全介助</p>	
<p>※ 緊急時対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナースコール 	<p>随時対応</p> <p>随時対応</p>	

<p>(生活サービス)</p> <p>※家事</p> <ul style="list-style-type: none"> ・清掃 ・洗濯 <p>※居室配膳、下膳</p> <p>※理美容</p> <p>※代行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・買物 ・役所手続き 	<p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>見守り、声掛け、一部介助、全介助</p> <p>体調不良時のみ居室配膳</p>	<p>1回/月 (地域の理髪店より来所)</p> <p>実費</p> <p>実費(1～2回/月)津山市内</p> <p>実費(2～3/月)介護認定更新手続き等</p>
<p>(健康管理サービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断 ・健康相談 ・生活指導 ・医師の往診 	<p>インフルエンザ予防接種</p> <p>胸部レントゲン(2回/年)</p> <p>体重測定(1回/月)尿検査(2回/月)</p> <p>検便(1回/年)感染症(1回/年)</p> <p>随時</p> <p>随時</p>	<p>実費(希望者)</p> <p>1回(火)/週(AM)随時</p>
<p>(入退院時、入院中のサービス)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費 ・移送サービス 	<p>大村医院・菊井歯科送迎</p>	<p>実費</p> <p>他機関(実費)</p>
<p>(その他のサービス)</p> <p>※教養娯楽活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クラブ活動 ・喫茶会 	<p>習字、カラオケ、音楽</p>	<p>生け花、手芸(実費)</p> <p>1回/月(実費)</p>

利用料金表(月額)

☆事務費

対象収入による階層区分		サービスの提供に要する費用
1	1,500,000円以下	10,000円
2	1,500,001円～1,600,000円	13,100円
3	1,600,001円～1,700,000円	16,100円
4	1,700,001円～1,800,000円	19,100円
5	1,800,001円～1,900,000円	22,300円
6	1,900,001円～2,000,000円	25,300円
7	2,000,001円以上	25,800円

☆生活費

生活費 44,500円(食事込み)
 1日1,000円 朝 200円 昼 400円 夕 400円
 (欠食されたい時は、事前に申し出下さい)
 地区別冬季加算 1,960円(11月～3月まで)

※介護予防特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護

要支援1～要介護5の方までご利用できます。別途、介護保険一割～三割負担金が必要です。

1日あたりの金額は下記のとおりです。下記の金額すべて一割の方の対象金額です。

※介護予防特定施設入居者生活介護 要支援1 182円 要支援2 311円
 ※特定施設入居者生活介護 要介護1 538円 要介護2 604円
 要介護3 674円 要介護4 738円
 要介護5 807円

※夜間看護体制加算 要介護1～5の方まで 1日あたり 10円
 ※サービス提供体制加算 要支援1～要介護5の方まで 1日あたり 22円
 ※医療機関連携加算 要介護1～5の方まで1ヶ月あたり 80円
 ※ADL維持等加算 要介護1～5の方まで1ヶ月あたり 60円
 ※科学的介護推進体制加算 要支援1～要介護5の方まで1ヶ月あたり 40円
 ※若年性認知症入居者受入加算(該当者) 要支援1～要介護5の方まで 1日あたり120円
 ※退院・退所時連携加算の創設(該当者) 要介護1～5の方まで 1日あたり 30円
 最大30日以内

※介護保険負担割合証に二割～三割と記載されている方は上記の金額を乗じた金額を頂きます。

※介護職員処遇改善加算 基本サービス費とその他各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に 加算

率8. 2%を乗じた金額が自己負担額になります。

※介護職員等特別処遇改善加算 基本サービス費とその他各種加算を加えた1ヶ月あたりの総単位数に加算率1. 8%を乗じた金額が自己負担額になります。

例 要介護1（一割負担の方）の方が1ヶ月の内26日間施設を利用した場合。

要介護1	1日	538円	×	26日（利用実績）	=	13,988
夜間看護体制加算		10円	×	26日（利用実績）	=	260
サービス提供体制強化加算		18円	×	26日（利用実績）	=	468
ADL維持加算		60円			=	60
科学的介護推進体制加算		40円			=	40
医療機関連携加算		80円			=	80

（基本サービス+各種加算合計）13,988+908=14,896

14,896×8. 2%（介護職員処遇改善加算）=1,221 が自己負担額になります。

14,896×1. 8%（介護職員等特別処遇改善加算）=268 が自己負担額になります。

☆居住に要する費用

居住に要する費用 26,900円（お家賃です）

☆その他

各居室のメーターにより、電気料金（関西電力株式会社）、水道料金（美咲町）の実費をご負担いただきます。電話、灯油は業者より個別に請求があります。

○電気料金（関西電力株式会社）

電気料金単価一般（従量電灯A）	15 kwまで	341. 01円
	16 kw ~ 120 kw	1 kwにつき20. 31円
	121 kw ~ 300 kw	1 kwにつき25. 71円
	301 kw ~	kw 1 kwにつき28. 70円

※ 上記単価は、消費税等相当額を含みます。

※ 上記単価に燃料費調整額・再生可能エネルギー発電促進賦課金を加算したものとなります。

※ 燃料費調整額・再生可能エネルギー発電促進賦課金の変更は毎月行われる場合があります。

○水道料金（美咲町）

水道料金単価：	1 t ~	10 t	1 tにつき165円
	11 t ~	20 t	1 tにつき198円
	21 t ~		1 tにつき220円

☆月中途の入退所利用料金計算方法について

※月中途の利用開始終了については、利用料を実日数で除した額を1日分の額とし、利用日数分請求いたします。

※月中途入退所の際の利用料の計算方法 ※ (例) 20 日間で退所された方の場合

サービスの提供に要する費用 10,000 円 ÷ 実日数(31 日) = 322.58 円×20 日 = 6,452 円
生活費 44,500 円 ÷ 実日数(31 日) = 1,435.48 円×20 日 = 28,710 円
居住に要する費用 26,900 円 ÷ 実日数(31 日) = 867.74 円×20 日 = 17,355 円
冬季加算費 (11 月～3 月まで) 1,960 円 ÷ 実日数(31 日) = 62.25 円×20 日 = 1,264 円

※電気料金計算例 85kw

15kwまで341.01円 70kw×20円31銭 = 1,421.7円
341.01円 + 1,421.7円 = 1,762.71円

※ 上記単価は、消費税等相当額を含みます。

※ 上記単価に燃料費調整額・再生可能エネルギー発電促進賦課金を加算したものとなります。

※水道料金計算例 20tの場合

10t×165円=1,650円 10t×198円=1,980円
1,650+1,980円=3,630円

※この利用料は、令和3年度単価です。生活費及びサービスの提供に要する費用は国の通達により 毎年改訂があります。

※夫婦で入居する場合については、夫婦の収入及び必要経費を合算し、合計額の2分の1をそれぞれ個々の対象収入とし、その額が150万円以下に該当する場合の夫婦それぞれのサービスの提供に要する費用徴収額については、上記の額から30%減額した額を本人からの徴収額とします。(7,000円)

※電気料金及び水道料金の単価は毎月変更となる場合があります。

10. 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	<p>窓口担当者 森下 直衛</p> <p>ご利用時間 毎日午前9時～午後4時</p> <p>ご利用方法 電話 0868-64-7751 FAX 0868-64-7752</p> <p>苦情処理箱（食堂に設置）をご利用下さい。</p>
介護保険制度における岡山県の苦情処理機関	<p>岡山県国保連合会【介護110番】</p> <p>窓口専用電話 086-223-8811 〒700-8568 岡山市北区桑田町17-5</p> <p>受付時間：午前8時30分～午後5時 【土・日曜日、祝日、年末年始を除く】</p> <p>※相談はお住まいの市町村の介護保険担当窓口でも受付けています。</p>

11. 協力医療機関

医療機関の名称	大村医院
院長名	大村 晃一
所在地	勝田郡勝央町勝間田220
電話番号	0868-38-2058
診察科	内科、小児科
入院設備	0床
救急指定の有無	無
契約の概要	当施設と上記病院とは、利用者に病状の急変があった場合に緊密に連絡を取ります。

医療機関の名称	菊井歯科医院
院長名	菊井 哲也
所在地	久米郡美咲町書副224
電話番号	0868-64-7970
診察科	歯科一般
入院設備	0床
救急指定の有無	無
契約の概要	当施設と上記病院とは、利用者に病状の急変があった場合に緊密に連絡を取ります。

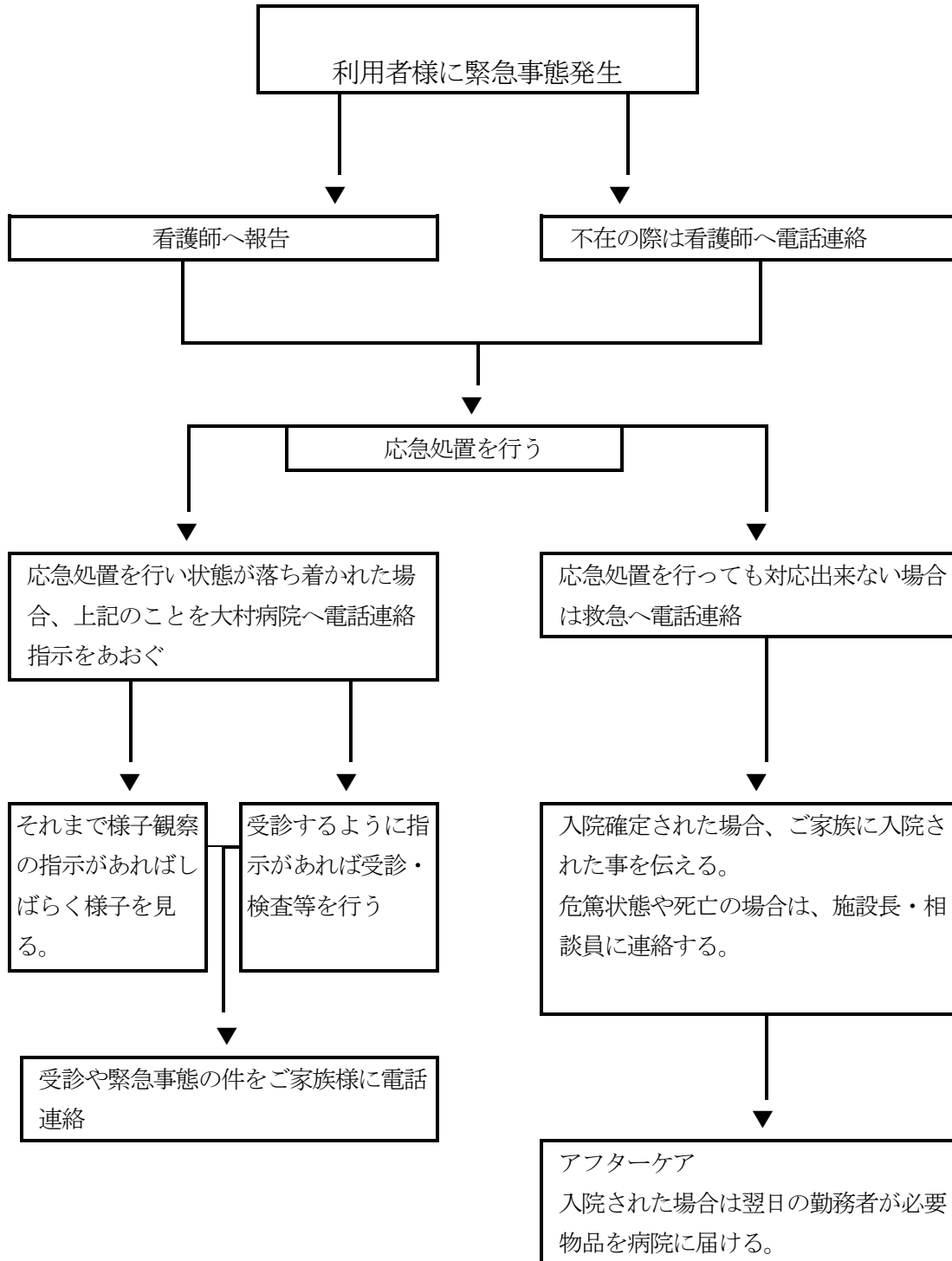
1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応 近隣との協力関係	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。併設施設、さやかなる苑と協力し、非常時の相互応援をいたします。			
平常時の訓練等	別途定める「消防計画」にのっとり年2回の夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	設置状況
	スプリンクラー設備	あり	スプリンクラー設備	あり
	自家発電設備	あり	自家発電設備	あり
	自動火災報知器	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	17箇所	屋内消火栓	7箇所
消防計画等	カーテン布団等は防煙性能のあるものを使用しております 消防署への届出日：平成27年 3月24日 防火管理者：森下 直衛			

1 3. 緊急時又は事故等における対応方法（別表1）

緊急時又は事故の対応	職員等は、指定特定施設入居者生活介護を実施中に、利用者の症状等に急変又は事故発生・その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに管理者に報告しなければならない。
------------	---

事故発生時の対応（別表1）



1 4. 当施設ご利用の際に留意していただく事項

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度面会簿氏名を記入して下さい。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間及び食事の有無を職員に申出て下さい。
嘱託医師以外の医療機関への受診	緊急の場合を除き、基本的にはご家族の方でお願い致します。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用方により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	①自己管理 ②施設管理 (申し出により)
現金等の管理	①自己管理 ②施設管理 (申し出により)
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

私は、本書面に基づいて乙の職員（ 職名 生活相談員 氏名 森下 直衛 ）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名



利用者の家族等 住所

氏名



続柄