

社会福祉法人土淵朗親会 ケアハウスおでんせ  
指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護  
重要事項説明書

1 施設経営法人（事業者）

- 法 人 名 社会福祉法人土淵朗親会
- 法 人 所 在 地 岩手県盛岡市本宮字小板小瀬20番地1
- 連 絡 先 TEL 019-656-3080
- 代 表 者 理事長 高橋 陽子
- 設 立 年 月 日 平成13年7月26日

2 ご利用施設

- 事 業 の 種 類 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
- 介護保険指定番号 0370103889号
- 事 業 所 名 ケアハウスおでんせ特定施設入居者生活介護
- 事業所の所在地 岩手県盛岡市上厨川字横長根76番地1
- 電 話 番 号 019-645-8211
- 開 設 年 月 日 平成21年10月1日
- 入 居 定 員 59名

（1）施設・設備の概要

| 居室・設備の種類  | 室 数 | 備 考              |
|-----------|-----|------------------|
| 介 護 居 室   | 59室 |                  |
| 一 時 介 護 室 | 1室  | 2階               |
| 食 堂       | 3室  |                  |
| 機 能 訓 練 室 | 1室  | 2階               |
| 浴 室       | 2室  | 一般浴1か所、介護用個別浴槽2台 |

（2）職員体制

令和8年4月1日現在

| 職 種       | 員 数 | 備 考         |
|-----------|-----|-------------|
| 施 設 長     | 1名  | ケアハウス施設長と兼務 |
| 生 活 相 談 員 | 1名  |             |
| 介 護 職 員   | 20名 |             |
| 看 護 職 員   | 3名  |             |
| 機能訓練指導員   | 1名  |             |
| 計画作成担当者   | 1名  |             |

(3) 職員の勤務状況

| 職 種       | 勤 務 体 制                                    |       |
|-----------|--------------------------------------------|-------|
| 1 管理者     | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0                        | 1 名   |
| 2 生活相談員   | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0                        | 1 名   |
| 3 介護職員    | 早番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0                     | ※ 1 名 |
|           | 遅番 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0                   |       |
|           | 夜勤 2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0                     |       |
| 4 看護職員    | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 及び 9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0 | ※ 1 名 |
| 5 機能訓練指導員 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0                        | ※ 1 名 |
| 6 計画作成担当者 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0                        | 1 名   |

※標準的な時間帯における最低配置人員

4 サービスの内容及び第三者評価

特定施設入居者生活介護及び介護予防特定種施設入居者生活介護

|      |                                                                                      |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 食事   | 入居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。<br>。必要に応じて、配膳、下膳を行います。                               |
| 入浴   | 入居者の心身の状況に応じて、週 2 回、入浴の介助又は清拭を行います。                                                  |
| 排泄   | 入居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。<br>やむを得ず、おむつ等を使用する場合には、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回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。<br>。                   |
| 健康管理 | 入居者の健康管理・看護処置・衛生管理及び嘱託医による回診・年 1 回の健康診断を行います。<br>感染症に対し、予防接種の実施や環境整備にも努めています。        |
| 通院介助 | 必要に応じて、協力医療機関への付添いを行います。<br>協力医療機関への受診送迎を、個々の状態に合わせた車両を使用して行います。                     |
| 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れないよう、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、必要に応じて随時、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。                                                     |
| 巡視         | 24 時間、職員が常駐し、必要に応じて定期的に巡視します。                                    |
| 緊急時の対応     | 24 時間、職員が常駐し、ナースコール等により対応します。                                    |
| 居室内の清掃     | 居室内の清掃等が自力で出来ない場合は、週 1 回程度行います。                                  |
| 洗濯         | 洗濯が自力で出来ない場合は、週 2 回程度行います（汚染時は随時行います）。                           |
| 第三者評価の実施状況 | ( 有 ・ 無 )                      年              月              日実施 |

## 5 利用料金

この利用料金は、令和 8 年 6 月 1 日現在のものであり、厚生労働大臣の定める介護報酬額等の額が改定された場合には、改定後の金額を適用することとなります。この場合は、予め、入居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載した文書により説明し、同意を得るものとします。

### (1) 介護保険給付サービス料金

次の表に記載している利用料金は、法定代理受領にあたるサービスであるとき、「介護保険負担割合証」に記載された利用者負担割合が 1 割の場合の自己負担額であり、利用者負担の割合が 2 割又は 3 割の場合にあつては、この自己負担額に 2 又は 3 を乗じて得た額が利用料金となります。

※ 1 入居者が入院又は外泊された場合の特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護費用については、支払う必要がありません。ただし、ケアハウスの入居費用は通常通り算定のうえ、支払っていただきます。

※ 2 入居者が、要介護及び要支援認定を受けていない場合には、介護報酬額と加算料金の全額をいったんお支払いいただき、要介護及び要支援認定を受けた後、自己負担分を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

### ①基本料金（1 日当たりの負担額）

| 区 分  | 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   |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 基本料金 | 1 8 3 円 | 3 1 3 円 | 5 4 2 円 | 6 0 9 円 | 6 7 9 円 | 7 4 4 円 | 8 1 3 円 |

### ②加算料金

| 項 目             | 金 額     | 摘 要                                                         |
|-----------------|---------|-------------------------------------------------------------|
| 入居継続支援加算<br>(Ⅰ) | 3 6 円／日 | 入居継続支援加算(Ⅱ)の要件を満たし、医療的ケアを要する入居者が 100 分の 15 以上占めている場合に算定します。 |
| 入居継続支援加算<br>(Ⅱ) | 2 2 円／日 | 厚生労働大臣の定める施設基準に適合する施設として、行き届いた日常生活の支援を継続して行います。             |

|                       |                                               |                                                                                                 |
|-----------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個別機能訓練加算<br>(Ⅰ)       | 12円/日                                         | 機能訓練指導員を中心に計画を作成し、それに基づいて機能訓練を実施します。                                                            |
| 夜間看護体制加算<br>(Ⅰ)       | 18円/日                                         | 夜間看護体制加算(Ⅰ)の要件を満たし、夜間に看護職員を配置します。                                                               |
| 夜間看護体制加算<br>(Ⅱ)       | 9円/日                                          | 夜間における連絡・対応体制を確保し、健康上の管理等を行います。                                                                 |
| 若年性認知症入居者<br>受入加算     | 120円/日                                        | 若年性認知症の入居者に対し、ご本人やご家族の希望も踏まえたケアプランに基づき、介護サービスを提供します。                                            |
| 協力医療機関連携<br>加算(Ⅰ)     | 100円/月                                        | 協力医療機関連携加算(Ⅱ)の要件を満たし、入所者等の病状が急変した場合、相談対応・入院受入体制を確保します。                                          |
| 協力医療機関連携<br>加算(Ⅱ)     | 40円/月                                         | 協力医療機関と入所者等の現病歴等の情報共有を定期的に行います。                                                                 |
| 口腔・栄養スクリーニ<br>ング加算    | 20円/回                                         | 6月ごとに栄養状態の確認を行い、介護支援専門員に情報を文書で共有します。                                                            |
| 科学的介護推進体制<br>加算       | 40円/月                                         | 入居者のADL値、栄養状態等の基本的な情報を厚生労働省に提出します。                                                              |
| 退院・退所時連携加算            | 30円/日                                         | 医療提供施設を退院・退院して入居した場合に、医療提供施設と連携を図ります。30日以内に限りです。                                                |
| 退院時情報提供加算             | 250円/回                                        | 医療機関へ対処する入居者に対して、入居者等の同意を得て、医療機関に対して必要な情報を提供します(1回限り)。                                          |
| 看取り看護加算(Ⅰ)            | ① 72円/日<br>② 144円/日<br>③ 680円/日<br>④ 1,280円/日 | ご家族等の同意を得て、看取りを実施します。<br>①死亡日以前31日以上45日以下につき<br>②死亡日以前4日以上30日以下につき<br>③死亡日前日及び前々日につき<br>④死亡日につき |
| 高齢者施設等感染対<br>策向上加算(Ⅰ) | 10円/月                                         | 新興感染症に対応する医療機関との連携体制を構築し、感染対策に関する研修又は訓練に参加し、助言・指導を受けます。                                         |
| 高齢者施設等感染対<br>策向上加算(Ⅱ) | 5円/月                                          | 感染症対策に関する要件を満たす医療機関から、感染制御等の実地指導を定期的に受けます。                                                      |
| 新興感染症等施設療<br>養費       | 240円/日                                        | 新興感染症等の発生時に、必要な体制を確保したうえで施設内療養を行います(連続する5日を限度)。                                                 |

|                 |                                                 |                                                                     |
|-----------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)  | 10円/月                                           | 見守り機器等のテクノロジーを導入し、業務改善を継続的に行い、効果に関するデータを提出します。                      |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22円/日                                           | 介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士が占める割合が100分の25以上の場合、体制適合施設としてのサービスを提供します。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18円/日                                           | 介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が100分の60以上の場合、体制適合施設としてのサービスを提供します。           |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6円/日                                            | 介護職員の総数のうち、介護福祉士が占める割合が5割以上の場合、体制適合施設としてのサービスを提供します。                |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ | 基本料金及び加算利用料金(処遇改善加算等を除く)の自己負担額の1,000分の159に相当する額 | 厚生労働大臣の定めるキャリアパス要件等に適合する施設として、一定の経験・技能のある介護職員等の処遇改善を行います。           |

(2) 介護保険の給付とならないサービス

|                     |                                |               |
|---------------------|--------------------------------|---------------|
| 個人的な選択によるサービス費用     | 協力医療機関以外の通院介助(救急搬送時も含む)        | 1時間<br>2,000円 |
|                     | 標準的な回数を超えて介助により入浴を行う場合(標準は週2回) | 1回2,000円      |
| 日常生活上必要となる諸費用       | 衣類、化粧品、嗜好品等の日用品一般              | 実費            |
|                     | おむつ代                           | 実費            |
|                     | クリーニング代                        | 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)  |
|                     | 理容美容代                          | 実費            |
| レクリエーション、クラブ活動による費用 | 工作等を行う場合の材料費                   | 実費            |
|                     | 屋外行事の際の食事代等                    | 実費            |

※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には、変更することがあります。その場合、事前に変更の内容とその事由について、変更を行う2か月前までに説明します。

(3) 盛岡市長が定める額の生活費等

盛岡市長が定める「対象収入による階層区分別」の額の生活費、サービス提供に要する費用（事務費）及び居住に要する費用（管理費・家賃）は、別表のとおりとする。

6 利用料金の支払い方法

前月の利用料金等の請求明細書を、契約者（入居者）の指定する送付先に対して、月始めに送付します。契約者の東北銀行の口座から毎月 10 日（10 日が金融機関の休業日にあたる場合はその翌営業日）に引き落としする方法で支払ってもらいます（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づき計算した金額となります）。

7 日常生活費用等の支払い代行及び現金等の保管・管理

事業所において、「ケアハウス預り金等管理規程」に基づき、保管・管理の依頼を受ける現金等の範囲は、現金、各種預貯金通帳、有価証券、年金・保険等の証券類及び印鑑とします。

ただし、現金等のほとんどを、入居者自身が管理する場合であっても、ケアハウスの生活費、サービスの提供に要する費用、居住に要する費用等及び介護保険サービスの自己負担に相当する金額について、利用月及びその翌月の 2 か月分並びに緊急入院に備えての最低費用及び日常の買い物等の要する金額を、事業所が指定する金融機関（東北銀行青山支店）に入居者本人名義とする預金通帳を作成し、その預金通帳及び印鑑を事業所に預けていただきます。なお、預金を安全に管理する上から現金自動支払機用のバンクカードは、作成しないでください。

8 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。その必要性の判断は、入居者、ご家族の意思を確認し、協力医療機関等の医師の意見を踏まえたうえで行うこととします。

9 入居中の医療の提供

協力医療機関

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| かつら内科クリニック | 岩手県盛岡市本宮字小板小瀬 1 3 - 2   |
|            | 0 1 9 - 6 5 8 - 1 2 2 3 |
| 遠藤歯科医院     | 岩手県盛岡市上厨川字横長根 7 6 - 3   |
|            | 0 1 9 - 6 4 8 - 2 0 1 0 |
| 盛岡市立病院     | 岩手県盛岡市本宮 5 丁目 1 5 - 1   |
|            | 0 1 9 - 6 3 5 - 0 1 0 1 |

※医療を必要とする場合は、入居者の希望により、上記の協力医療機関において診察等を受けることができます（協力医療機関での優先的な診察、入院治療の保障又は、入院治療を義務付けるものではありません）。

## 1 0 留意事項（施設からのお願い）

サービスの利用にあたって、次に掲げる事項に留意してください。

- 入居者又はその家族は、体調の変化があった際には職員にご一報ください。
- 入居者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- 職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

## 1 1 非常災害対策

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| 防 災 時 の 対 応 | 火災、地震等の発生時には、速やかに安全な場所へ避難誘導します。 |
| 防 災 設 備     | 定期点検を実施し、災害時に備えます。              |
| 防 災 訓 練     | 防災計画に基づき、年2回以上の訓練を実施し、災害時に備えます。 |
| 防 災 責 任 者   | 稲川 純子                           |

## 1 2 緊急時及び事故発生時の対応

- サービスの提供中に容態の変化や事故等があった場合は、主治医、協力医療機関、消防署（救急隊）、関係市町村、ご家族等への連絡をするとともに、必要な措置を講じます。
- 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、必要な対策を講じます。

## 1 3 損害賠償

- 事業所の過失により、賠償すべき事故が発生した場合には、施設が加入する責任賠償保険の適用により損害賠償を速やかに行います。
- 入居者は、故意又は重大な過失等によって建物、設備、備品等に損害を与えたときは、その損害を賠償し、または現状に回復しなければなりません。

## 1 4 個人情報の保護

- 事業所及び職員は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持することを厳守します。
- 事業所は、職員が退職した後も、正当な理由なく、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏洩することのないよう必要な措置を講じます。
- 事業所は、個人情報保護法に即し、個人情報を使用する場合は、入居者及びその家族の個人情報の利用目的を公表します。

## 1 5 入居者の尊厳

- 入居者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

## 1 6 身体拘束の廃止

- 身体拘束適正化検討委員会を年4回実施し、身体拘束廃止の取り組みを行います。
- 原則として、入居者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。  
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入居者

及びその家族へ十分な説明を行い、同意をえるとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、緊急やむを得ない理由について記録します。

#### 1 7 サービス提供における事業者の義務

当事業所では、入居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。

- 入居者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- 入居者の体調、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。
- 入居者が受けている要介護認定等の有効期間満了日の 30 日前までに要介護認定等の更新申請のために必要な援助を行います。
- 入居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、入居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。

#### 1 8 サービス内容に関する相談・苦情受付窓口

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 苦情解決責任者 | 管 理 者 稲川 純子             |
| 苦情受付担当者 | 生活相談員 澁田 利彦             |
| 受 付 時 間 | 毎週月曜日～金曜日               |
| 電 話 番 号 | 0 1 9 - 6 4 5 - 8 2 1 1 |

#### 1 9 社会福祉法人土淵朗親会第三者委員

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 櫻井 良平 | 0 1 9 - 6 3 5 - 4 9 1 3   |
| 村山 茂  | 0 9 0 - 3 3 6 3 - 3 9 8 4 |
| 及川 伸一 | 0 1 9 - 6 2 4 - 5 1 7 4   |

#### 2 0 行政機関そのほか苦情受付機関

|                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| 盛岡市保健福祉部介護保険課                   | 岩手県盛岡市内丸 1 2 - 2        |
|                                 | 0 1 9 - 6 2 6 - 7 5 6 2 |
| 滝沢市健康福祉部高齢者支援課                  | 岩手県滝沢市鵜飼字中鵜飼 5 5        |
|                                 | 0 1 9 - 6 8 4 - 2 1 1 1 |
| 雫石町総合福祉課                        | 岩手県岩手郡雫石町千刈田 5 - 1      |
|                                 | 0 1 9 - 6 9 2 - 2 1 1 1 |
| 岩手県社会福祉協議会<br>岩手県福祉サービス運営適正化委員会 | 岩手県盛岡市三本柳 8 - 1 - 3     |
|                                 | 0 1 9 - 6 3 7 - 4 2 5 5 |
| 岩手県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情処理窓口  | 岩手県盛岡市大沢川原 3 - 7 - 3 0  |
|                                 | 0 1 9 - 6 0 4 - 6 7 0 0 |

(附則)

この重要事項説明書は、令和元年10月1日より施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和3年4月1日から施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和3年11月17日から施行し、令和3年10月1日から適用する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和4年10月1日から施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和4年12月1日から施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和6年4月1日から施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和6年8月1日から施行する。

(附則)

この重要事項説明書は、令和8年6月1日から施行する。

年 月 日

指定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サービスの開始にあたり、入居者に対して「ケアハウスおでんせ指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護運営規定」及び「ケアハウスおでんせ指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護重要事項説明書」に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所 在 地 岩手県盛岡市上厨川字横長根 76 番地 1

事 業 所 名 ケアハウスおでんせ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  
(指定番号：0370103889)

説 明 者

職 ・ 氏 名

印

年 月 日

私及び身元引受人兼保証人は、「ケアハウスおでんせ指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護運営規定」及び「ケアハウスおでんせ指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防特定施設入居者生活介護重要事項説明書」により、事業者らの指定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サービスについて重要事項の説明を受け介護サービス提供の開始について同意しました。

<利用者>

住所

氏名

実印

<身元引受人兼保証人>

(1)住所

氏名

実印

ご入居者との関係

(2)住所

氏名

実印

ご入居者との関係

<利用者代理人（選任した場合）>

住所

氏名

実印

ご入居者との関係