

「指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」

重要事項説明書

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 あかね
(2) 法人所在地 尼崎市神田北通 1 丁目 2 番地
(3) 電話番号及びFAX番号 TEL 06-7670-2288 FAX 06-6430-0450
(4) ホームページ URL <http://e-akane.com>
(5) 代表者氏名 理事長 松本 真希子
(6) 設立年月日 平成 7 年 3 月 24 日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(サテライト型居住施設)
令和 5 年 7 月 15 日 指定 2873001475 号
(2) 施設の名称 ロータス・ガーデン 別邸李園
(3) 施設の所在地 兵庫県尼崎市三反田町 3 丁目 3-16
<交通機関> JR 立花駅下車 徒歩 15 分
(4) 電話番号及びFAX番号 TEL 06-4950-5955 FAX 06-6423-0130
(5) 施設長氏名 岡田 真名美 (短期入所生活介護管理者兼務)
(6) 開設年月日 令和 5 年 7 月 1 日
(7) 施設の概要 建物の構造 鉄筋コンクリート 地上 8 階建て 2 階部分
敷地面積 3,470 平米
(延べ床面積) 582.33 平米 (特養のみ)
(8) 主な設備等 居室数 個室 20 室 (指定基準以上)
共同生活室 2 室 (指定基準以上)
浴室 一般浴槽兼車いす特殊浴槽 / 特殊機械浴槽
(9) 入所定員 20 名 (1 ユニット 10 名で 2 ユニット設置)
(10) 本体施設 名称 介護老人福祉施設 ロータス・ガーデン
兵庫県尼崎市栗山町 1 丁目 20 番 20 号

3. 事業の目的

社会福祉法人あかねが設置運営するロータス・ガーデン別邸空園（以下「施設」という。）において実施する指定地域密着型介護老人福祉施設の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定地域密着型介護老人福祉施設の円滑な運営管理を図るとともに、入居者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立った適切な指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することを目的とする。

4. 運営の方針

（1）施設は、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものとする。

（2）施設は、入居者の意思及び人格を尊重し、常にその者の立場に立って指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供するよう努めるものとする。

（3）施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、他の介護保険施設その他の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ものとする。

（4）施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。

（5）施設は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供するに当たっては、介護保険法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとする。

5. 施設の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 法令等において規定されている施設の職員に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。	常勤 1名
医師	入居者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。	非常勤 1名 本体施設に配置
介護支援専門員	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。	常勤 1名 看護師と兼務
生活相談員	入居者の入退居、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行います。	常勤 1名 本体施設に配置
看護職員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行います。	常勤換算 1名以上

機能訓練指導員	入居者の状況に適した機能訓練、手芸、貼り絵など生活リハビリを取り入れ、心理的機能、身体機能の低下を防止するよう努めます。	常勤 1名以上 本体施設に配置
介護職員	入居者に対し必要な介護および世話、支援を行います。	常勤換算 7名以上
管理栄養士 (栄養士)	食事の献立、栄養計算等入居者に対する栄養指導等を行います。	常勤 1名以上 本体施設に配置
その他職員	事務等、その他業務を行います。	常勤 1名以上 本体施設に配置

*職員の配置については指定基準以上を遵守しております。

6. 利用料等の受領

(1) 施設は、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働省の介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各入居者の負担割合に応じた額の支払いを入居者より受けます。

(2) 施設は、法定代理受領サービスに該当しない指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供した際に、入居者から支払を受ける利用料の額と、地域密着型介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように利用料の額を設定します。

(3) 施設は前二項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を入居者から受ける事ができます。

- ①食費、特別食費
- ②居住費
- ③理美容代、新聞代、テレビ等の使用負担分
- ④レクリエーションの材料費等

⑤指定地域密着型介護老人福祉施設サービス（以下「施設サービス」という）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係る費用であって、入居者に負担させることが適当と認められるもの。

⑥施設は、前各号に掲げる費用の額に係る施設サービスの提供に当たっては、あらかじめ入居者又はその家族に対し、該当サービスの内容及び費用について説明を行い、入居者及び家族の同意を得るものとします。

7. 施設サービスの内容及びその他の費用について

施設サービスの内容、利用料及びその他の費用の額の決定は、介護認定審査会において審査された要介護認定により作成された地域密着型施設サービス計画に基づいて

提供される施設サービスの内容とし、介護報酬は告示上の額と同額の利用料とします。

(1) 提供するサービスの内容について

①地域密着型施設サービス計画書の作成

②日常生活への支援

食事（朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 間食 15:00～ 夕食 18:00～）

入浴（または清拭：週 2 回）

排せつ・機能訓練・栄養管理・口腔衛生・健康管理・自立支援等

③レクリエーション・行事 等

(2) 利用料金

入居者は要介護度に応じてサービスを受け、重要事項説明書に定める料金表に基づいたサービス利用料金を事業者に支払うものとします。

(3) 利用料、入居者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 介護保険料に未納がある場合には、自己負担が全額（10割負担）になることがあります。

② 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入居者の負担額を変更します。

③ 介護保険負担限度額認定証の交付を受けた者にあたっては、当該認定証に記載された負担限度額を徴収します。

④ 外泊については期間中、全食とらない日数分の食事に係る自己負担額は利用料金から差引くこととします。

⑤ サービス利用料金は1ヶ月ごとの請求とします。

・ゆうちょ銀行自動引落：毎月 25 日に指定口座から自動引落。残高不足の場合月末日に再引落。引落手数料 10 円は入居者負担。但し、引落日が金融機関休業日の場合は翌営業日となります。

・集金代行自動引落：毎月 27 日に指定口座から自動引落。引落手数料 88 円は入居者負担。残高不足であっても、引落手数料は請求します。

・振込：月末日までに下記口座に振込にて支払います。振込手数料は入居者負担。

三菱UFJ銀行 尼崎駅前支店 普通預金 0100922

名義人 社会福祉法人あかね

・現金：月末日までに施設窓口にて支払います。

8. サービス利用料等の変更について

介護保険制度の改正等によりサービス利用料等の変更があった場合、又は重要事項説明書が変更された場合は、入居者に対し変更となる内容について文書により通知し、入居者の署名を得ることで変更とします。

9. 入退居にあたっての留意事項

- (1) 入居対象者は、原則介護度3以上の方が対象となります。
- (2) 入居時に要介護認定を受けている方であっても、入居後に要介護認定者ではなくなった場合は退居していただくことになります。
- (3) 退居に際しては、入居者及びその家族の希望、退居後の生活環境や介護の連続性に配慮し、適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保健医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。
- (4) 入居に際しては、医師の診断書が必要です。又、感染症を有し、他の入居者に重大な影響を与えるおそれがあるなどやむを得ない場合には、治癒するまで入居を延期することがあります。

10. 緊急時等における対応方法

入居者の体調悪化等の緊急時は速やかに医師や家族への連絡をとり適切な対処をします。事業所において、サービス提供を行っている際に入居者の病状の急変が生じた場合は主治医（嘱託医）及びあらかじめ定めている協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。

協力医療機関

立花病院 近藤病院	内科
なんばエッセ歯科・小児歯科クリニック	歯科

ただし、協力医療機関で優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

11. 衛生管理等について

食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。また、事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、感染症対策委員会の開催、衛生管理にかかる研修や訓練を行います。

12. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時において、施設サービス提供を継続的に実施するための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

13. 非常災害対策

当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。また、非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的

に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行い、訓練の実施に当たっては、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

14. 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故発生の防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (2) 事故発生または再発防止に向けた指針を整備し、事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合には、状況及び事故に際しての処置や対応を記録します。また、その分析を通じた改善策についての研修を行い、再発防止に努めます。
- (3) 施設は、入居者に対する施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

15. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により入居者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について入居者に故意又は過失があり、入居者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

なお、損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社

16. サービス提供に関する相談・ご意見について

提供した指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護に係る入居者及びその家族からの相談及びご意見を受け付けるための窓口を設置します。

(1) 当施設における相談の受付

受付時間	10:00～17:00（月～金）
担当	相談責任者：岡田 真名美（管理者）
	施設担当窓口：作本 美紗（ユニットリーダー）
	電話 06-4950-5955
第三者委員	大森 剛（弁護士）
	西村 恭子（社会福祉法人あかね評議員）
	電話 06-7670-2288（法人本部）

(2) 行政機関その他の相談受付機関

○兵庫県国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1-9-1801

電話番号 078-332-5617

受付時間 8:45～17:30（月～金）

○尼崎市役所介護保険課 所在地 尼崎市東七松町 1-23-1

電話番号 06-6489-6322

受付時間 8:45~17:30 (月~金)

○尼崎市役所法人指導課 所在地 尼崎市東七松町 1-23-1

電話番号 06-6489-6143

受付時間 8:45~17:30 (月~金)

17. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 施設及び従業者は、施設サービスを提供するにあたって知り得た入居者に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩することはありません（守秘義務）。ただし、入居者に医療上の必要がある場合には、医療機関等に入居者的心身等の情報を提供します。
- (2) 施設は、入居者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めます。また、施設が得た入居者の個人情報については、施設サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部での情報提供については必要に応じて入居者又はその代理人の了解を得るものとします。
- (3) この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- (4) 事業者は、従業者に、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

18. サービス提供の記録

- (1) 施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その諸記録は完結した日から5年間保存します。
- (2) 入居者は、事業者に対して保存される施設サービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写物の請求を行う場合は、有料です。）
- (3) 入居に際して入居年月日及び施設名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

19. 虐待の防止について

施設は、入居者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 成年後見制度の利用を支援します。

(2) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が入居者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(3) 虐待防止のための指針の整備をし、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。また、従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(4) 施設サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

20. 身体的拘束について

施設は、原則として入居者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入居者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入居者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その際、「緊急性」「非代替性」「一時性」へ留意します。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録します。また、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

21. 地域との連携について

運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力をを行う等地域との交流を図ります。

22. 施設利用の留意事項

- (1) 故意または重大な過失によって、施設、設備を破損等した場合には、入居者が自己負担により現状に復するか、又は相当の代価を支払います。
- (2) 入居者に対する施設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、入居者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮をします。
- (3) 施設は、施設サービス提供契約の実施以外の営利行為、宗教勧誘を禁止します。
- (4) 施設内における他の入居者等に迷惑をかける等公序良俗に反する行為、宗教活動や営利行為についての勧誘行為は禁止とさせていただきます。
- (5) 社会通念を超えたと思われる苦情など双方の信頼関係を損壊する行為や、従業者に対する暴力、暴言、無理な要求、恐喝、物を投げつけるなどのハラスメント行為や、体を触る、手を握る、性的な言動、などのセクシャルハラスメント行為やストーカー行為は一切禁止とさせていただきます。また、従業者の個人情報を脅かす行為や従業者個人への金品の受け渡しにつきましても、一切禁止といたします。

利用料

○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費【1日あたり】

1 介護保険給付で定められたサービス負担分

・ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費

要介護 1	6 8 2 単位
要介護 2	7 5 3 単位
要介護 3	8 2 8 単位
要介護 4	9 0 1 単位
要介護 5	9 7 1 単位

(入所時に加算されるもの 初期加算 30 単位／日 入居日から 30 日以内
安全対策体制加算 20 単位／1 回)

・個別機能訓練加算 (I)	1 2 単位
・個別機能訓練加算 (II)	2 0 単位/月
・個別機能訓練加算 (III)	2 0 単位/月
・日常生活継続支援加算 II	4 6 単位
・サービス提供体制強化加算 I	2 2 単位
サービス提供体制強化加算 II	1 8 単位
サービス提供体制強化加算 III	6 単位

*日常生活継続支援加算を算定している場合は算定しない。

・看護体制加算 I 、 II	1 2 ・ 2 3 単位
・生活機能向上連携加算 I	1 0 0 単位
・生活機能向上連携加算 II	2 0 0 単位
・栄養マネジメント強化加算	1 1 単位
・夜勤職員配置加算 II	4 6 単位
・若年性認知症入居者受入加算	1 2 0 単位
・経口移行加算	2 8 単位

*経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合

・経口維持加算 I	4 0 0 単位/月
-----------	------------

*著しい摂食障害がある方の経口摂取を維持する為の栄養管理を実施した場合

・経口維持加算 II	1 0 0 単位/月
------------	------------

*経口維持加算 I を算定し、会議等に歯科医師・歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合

・療養食加算	6 単位/回
--------	--------

*医師の指示せんに基づく療養食を提供する入居者

・看取り介護加算 <死亡日 45 日前から 31 日前>	7 2 単位
<死亡日 30 日前から 4 日前>	1 4 4 単位
<死亡日の前日・前々日>	6 8 0 単位
<死亡日>	1 2 8 0 単位

*医師が終末期にあると判断した入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、死亡前 45 日を限度と

して、死亡月に加算します。

・再入所時栄養連携加算	200単位／回
・退所時栄養情報連携加算	70単位／月
・退所時情報提供加算	250単位／回
・精神科医療養指導加算	5単位
・協力医療機関連携加算	100単位／月 (5単位／月)
・高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	10単位／月
・高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	5単位／月
・新興感染症等施設療養費	240単位／日
・認知症専門ケア加算Ⅰ	3単位
・認知症専門ケア加算Ⅱ	4単位
・認知症チームケア推進加算Ⅰ	150単位／月
・認知症チームケア推進加算Ⅱ	120単位／月
・科学的介護推進体制加算Ⅱ	50単位／月
・外泊時費用	246単位

*入院及び外泊したときは、翌日から当該月6日間（当該外泊が月をまたがる場合には最大で12日間）を限度として加算します。

・生産性向上推進体制加算Ⅰ	100単位／月
・生産性向上推進体制加算Ⅰ	10単位／月
・介護職員処遇改善加算Ⅰ	月総単位数×8.3%
・介護職員処遇改善加算Ⅱ	月総単位数×6.0%
・介護職員処遇改善加算Ⅲ	月総単位数×3.3%
・特定処遇改善加算Ⅰ	月総単位数×2.7%
・特定処遇改善加算Ⅱ	月総単位数×2.3%
・介護職員等ベースアップ等支援加算	月総単位数×1.6%

2 居住費・食費【1日あたり】

・居住費 ユニット型個室	3,500円
(契約期間中は入院・外泊にかかわらず負担となります)	
・食費	2,500円
・健康ドリンク	380円
・スイーツ（ドリンク付）代	330円
・その他のオプションサービス（レンタル）	テレビ：250円
・理美容、新聞等の利用負担分	実費
・テレビ、加湿器等（持ち込み家電料金）	別途
・レクリエーションの材料費等	実費
・日常生活品等の購入費	実費

* 介護保険負担割合証が 1 割負担の方

計算式

$$\begin{array}{ll} 1 \text{ のうち利用した月総単位} & \cdots \text{ A} \\ 2 \text{ のうち利用した項目の月額} & \cdots \text{ B} \\ (A \times \text{地域単価 } 10.45 \text{ 円} \times 10\%) + B & = \text{入居者自己負担額} \end{array}$$

* 介護保険負担割合証が 2 割負担の方

計算式

$$\begin{array}{ll} 1 \text{ のうち利用した月総単位} & \cdots \text{ A} \\ 2 \text{ のうち利用した項目の月額} & \cdots \text{ B} \\ (A \times \text{地域単価 } 10.45 \text{ 円} \times 20\%) + B & = \text{入居者自己負担額} \end{array}$$

* 介護保険負担割合証が 3 割負担の方

計算式

$$\begin{array}{ll} 1 \text{ のうち利用した月総単位} & \cdots \text{ A} \\ 2 \text{ のうち利用した項目の月額} & \cdots \text{ B} \\ (A \times \text{地域単価 } 10.45 \text{ 円} \times 30\%) + B & = \text{入居者自己負担額} \end{array}$$

* 単位数での計算と金額（円）での計算では、国の基準計算方法（端数処理）により自己負担額に若干の誤差が発生します。

令和 7 年 11 月 1 日更新

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供開始にあたり、入居者に對して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

年 月 日

事業所名 称 兵庫県尼崎市三反田町 3 丁目 3-16
ロータス・ガーデン別邸李園

説明者 _____

本書面により貴施設からの重要事項の説明を受け、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のサービスの提供開始に同意します。

年 月 日

入居者 住 所 _____

氏 名 _____

署名代行 住 所 _____

氏 名 _____

(入居者との関係・続柄 _____)