

「(介護予防) 指定特定施設入居者生活介護」重要事項説明書

ふれあいの里 藍華

当施設は介護保険の指定を受けています。

(第 0170210074 号)

当事業所はご契約者に対して指定特定施設入居者生活介護サービスを提供します。事業所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通り説明します。

※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」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 苦情の受付について	7
7. 重要事項説明書付属書	

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 S & Nふれあいケアサービス株式会社
- (2) 法人所在地 札幌市白石区平和通 15 丁目北 2 番 12 号
- (3) 電話番号 電話 011-598-1603 FAX011-598-7278
- (4) 代表者氏名 代表取締役 平井 麻梨 英
- (5) 設立年月 平成 13 年 10 月 2 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護
令和6年3月1日 指定 0170210074 号
- (2) 施設の目的 介護付き有料老人ホーム
- (3) 施設の名称 介護付きホーム ふれあいの里 藍華
- (4) 施設の所在地 札幌市北区あいの里1条6丁目1番20号
- (5) 電話番号 電話 011 - 770 - 5800 /FAX 011 - 770 - 5801
- (6) 管理者 佐藤 朋子（施設長）
- (7) 当施設の運営方針 運営規程書に定める。
- (8) 開設年月 令和6年3月1日
- (9) 入所定員 80人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室をご用意しています。入居される居室は、全て個室になっております。各居室は、ご契約者の心身状況及び空き状況を考慮し決定若しくは変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

居室・設備の種類	数	備考
個室（1人部屋）	80	居室内トイレ 洗面台 緊急通報装置
共用トイレ	5	車椅子使用可能5ヶ所 緊急通報装置
一時介護室	なし	各自居室を使用
食堂	3	1・2・3階に各1ヶ所
機能訓練	3	1・2・3階食堂スペースを兼ねる
相談室	1	1階
健康相談室	1	1階
洗濯室	1	1階
浴室	8	個浴7室、機械浴1室

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定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、以下の職種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	常勤換算	指定基準
管理者	1名	1名
介護職員	21名	20名
生活相談員	1名	1名
看護職員	3名	2名
機能訓練指導員	1名	1名
計画作成担当者	2名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。
 （例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早番：7：30～16：30 1名
	日勤：9：00～18：00 2名
	遅番：9：30～18：30 1名
	夜勤：16：00～翌9：30 1名
看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日中：9：00～18：00 1名
機能訓練指導員	標準的な時間帯における最低配置人員
	日中：9：00～18：00 1名

☆法定基準の範囲で上記は変動することがあります。

5. 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) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。

②排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③機能訓練

- ・機能訓練指導員及び介護職員により、ご契約者の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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④レクリエーション

- ・介護職員により、ご契約者の心身等を送る上で活性化できるレクリエーションを実施します。

⑤その他自立への支援

- ・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・寝たきり防止のため、できるかぎ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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第7条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の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）をお支払い下さい。（下記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。）※2割負担の方は表記の金額の2倍になります。3割負担の方は表記の金額の3倍になります。

	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
1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	1,855円	3,173円	5,495円	6,175円	6,885円	7,544円	8,243円
2. うち、介護保険から給付される金額	1,669円	2,855円	4,945円	5,557円	6,196円	6,789円	7,418円
3. サービス利用に係る自己負担額	186円	318円	550円	618円	689円	755円	825円

加 算（規定の人員配置、体制を満たしサービスを行なった場合により加算されます）。

※2 割負担の方は表記の金額の2倍になります。3割負担の方は表記の金額の3倍になります。

個別機能訓練加算（Ⅰ） （1日につき）	サービス料金 121円	介護保険給付額 108円	自己負担額 13円
個別機能訓練加算（Ⅱ） （1か月につき）	サービス料金 202円	介護保険給付額 181円	自己負担額 21円
夜間看護体制加算（Ⅱ） （1日につき）※1	サービス料金 91円	介護保険給付額 81円	自己負担額 10円
介護職員等処遇改善加算 （Ⅰ口）（1か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善として、介護報酬に15.9%を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料金の9割	自己負担額 左記サービス料金の1割
介護職員等処遇改善加算 （Ⅱ口）（1か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善として、介護報酬に15.3%を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料金の9割	自己負担額 左記サービス料金の1割
サービス提供体制強化 加算（Ⅰ） （1日につき）	サービス料金 223円	介護保険給付額 200円	自己負担額 23円
サービス提供体制強化 加算（Ⅱ） （1日につき）	サービス料金 182円	介護保険給付額 163円	自己負担額 19円
サービス提供体制強化 加算（Ⅲ） （1日につき）	サービス料金 60円	介護保険給付額 54円	自己負担額 6円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	サービス料金 30円	介護保険給付額 27円	自己負担額 3円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	サービス料金 40円	介護保険給付額 36円	自己負担額 4円
若年性認知症 入居者受入加算 （1日につき）	サービス料金 1,216円	介護保険給付額 1,094円	自己負担額 122円
口腔・栄養スクリーニング 加算（1回につき・6月に1 回を限度）	サービス料金 202円	介護保険給付額 181円	自己負担額 21円
科学的介護推進体制加算 （1か月につき）	サービス料金 405円	介護保険給付額 364円	自己負担額 41円
ADL維持加算（Ⅰ） （1か月につき）	サービス料金 304円	介護保険給付額 273円	自己負担額 31円
ADL維持加算（Ⅱ） （1か月につき）	サービス料金 608円	介護保険給付額 547円	自己負担額 61円
生活機能向上連携加算（Ⅰ） （1か月につき・3月に1回 を限度）	サービス料金 1,014円	介護保険給付額 912	自己負担額 102円
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）（1か月につき）	サービス料金 2,028円	介護保険給付額 1,825円	自己負担額 203円

退院・退所時連携加算 (1日につき)	サービス料金 304円 (入居・再入居から30日以内に限る)	介護保険給付額 273円	自己負担額 31円
退居時情報提供加算 (1回につき)	サービス料金 2,535円	介護保険給付額 273円	自己負担額 31円
看取り介護加算Ⅰ (1日につき)	サービス料金 730円(死亡日以前45日～31日) 1,460円(死亡日以前4～30日) 6,895円(死亡日前日及び前々日) 12,979円(死亡日)	介護保険給付額 657円 1,314円 6,205円 11,681円	自己負担額 73円 146円 690円 1,298円
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)(1か月につき)	サービス料金 101円	介護保険給付額 90円	自己負担額 11円
協力医療機関連携加算(1) (1か月につき)	サービス料金 1,014円	介護保険給付額 912円	自己負担額 102円
協力医療機関連携加算(2) (1か月につき)	サービス料金 405円	介護保険給付額 364円	自己負担額 41円
高齢者施設等感染対策向上 加算(Ⅱ)(1か月につき)	サービス料金 50円	介護保険給付額 45円	自己負担額 5円
新興感染症等施設療養費 (1日につき)	サービス料金 2,433円	介護保険給付額 2,189円	自己負担額 244円

※1 介護予防特定施設入居者生活介護には、夜間看護体制加算はありません。

※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、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条、第7条参照) *

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

①理髪・美容

[理髪サービス]

理容師の出張等による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

[美容サービス]

美容師の出張等による美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

②レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当である費用については、ご負担いただきます。

☆経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、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か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第7条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月の27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

支払方法	自動振替	令和 年 月 日より自動振替開始 自動振替開始までの期間、賃料・その他の料金は振込とします。
	振込	振込先金融機関名：北海道銀行 元町支店 預 金：普通 口 座 番 号：0785661 口 座 名 義：S&N ふれあいケアサービス(株) ※振込者の名前の前に「藍華」とご記入下さい。 例) 藍華 S田 N太郎 振込手数料は振込者様のご負担となります。
振替日	当月ご利用分を翌月27日	

(

4) 介護の場所 (契約書第6条参照)

ご契約者にとって適切なサービスを提供するために必要な場合には、契約者に対して、その居室において、サービスを提供します。その必要性の判断は、契約者の意思を確認し、契約者の主治医もしくは協力医療機関の医師の意見を聞いて行うこととします。

(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。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団翔嶺館 札幌優翔館病院
所在地	札幌市北区東茨戸2条2丁目8番25号
診療科	内科、外科、消化器内科、消化器外科、呼吸器内科、循環器内科、整形外科、神経精神科、人工透析外科、リハビリテーション科、麻酔科

医療機関の名称	医療法人社団 桜愛会 きこ歯科
所在地	札幌市中央区南7条西15丁目2-3 マウントビュー715 3階
診療科	歯科

6. 苦情の受付について (契約書第19条参照)

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 (事業所) 施設長・生活相談員

(運営法人) S&Nふれあいケアサービス株式会社苦情受付担当者

○受付時間 (事業所) 毎週月曜日～日曜日 午前9:00～午後18:00

(運営法人) 毎週月曜日～金曜日 午前9:00～午後18:00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課	電話番号 011-211-2927 受付時間 8:45～17:15
----------------------	--------------------------------------

国民健康保険団体連合会	電話番号 011-231-5175 受付時間 9:00~17:00
-------------	--------------------------------------

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 壁式鉄筋コンクリート造 地上3階 耐火建築物
- (2) 建物の延べ床面積 2,936.34 m²
- (4) 施設の周辺環境 JRあいの里教育大駅より徒歩4分
北海道中央バス「あいの里1条7丁目」停留所下車後
徒歩2分

2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

管理者 …ご契約者の日常生活上全般の管理を行います。

計画作成担当者 …ご契約者の特定施設サービス計画書（ケアプラン）を作成し、日常生活上全般を支援させていただきます。

介護職員 …ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

3名の要介護者に対して1名の介護職員を配置しています。

10名の要支援者に対して1名の介護職員を配置いたします。

生活相談員 …ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

1名の生活相談員を配置しています。

看護職員 …主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。

3名の看護職員を配置しています。

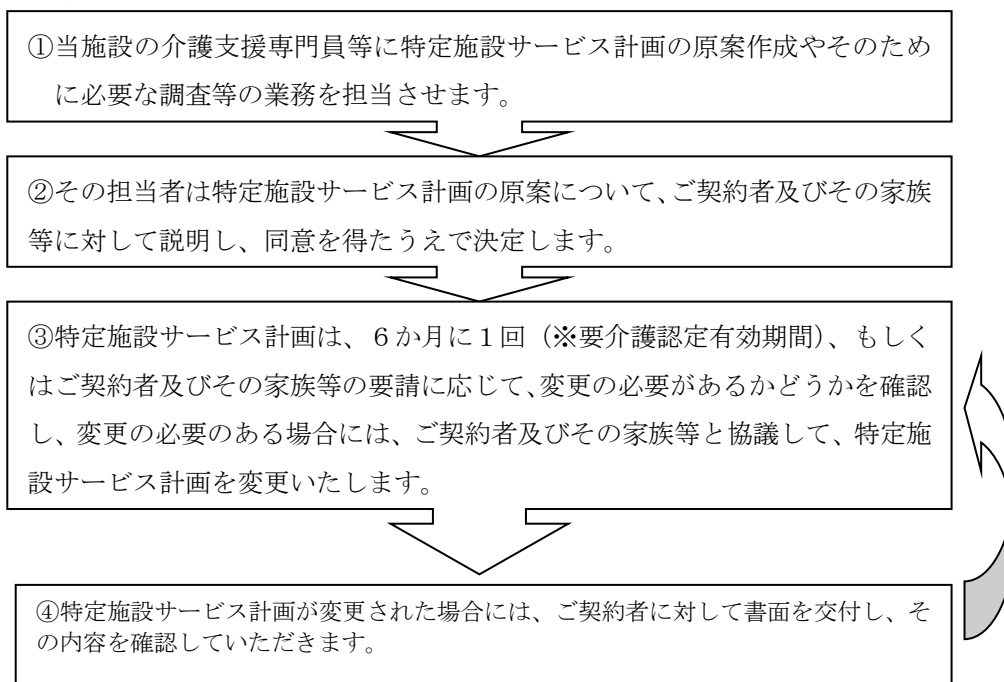
機能訓練指導員 …ご契約者の日常生活の動作における機能訓練を担当します。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「（介護予防）特定施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「特定施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

(契約書第 3 条参照)



4. サービス提供における事業者の義務（契約書第 9 条、第 10 条参照）

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。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、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うえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスの記録を作成し、5 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。
- ⑤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。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又は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上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供いたします。

5. 損害賠償について（契約書第 11 条、第 12 条参照）

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、事業者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、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契

約者の置かれた心身の状況を斟酌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。

6. サービス利用を終了する場合（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 30 日前までに契約者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。（契約書第 14 条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 施設への入居契約が終了した場合
- ③ 事業者が破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ④ 施設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
- ⑥ 当施設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
- ⑦ ご契約者から解約又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。）
- ⑦ 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。）
- ⑧ 事業者またはご契約者・署名代行者・身元引受人・連帯保証人のいずれかが、第 25 条の確約に反する事実が判明した場合

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条、第 16 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から入所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。

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。

- ①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
- ②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（介護予防）特定施設入所者生活介護サービスを実施しない場合
- ③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
- ④事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑤他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐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
- ⑥事業者又はその役員が、契約書第 25 条の確約に反する事実が判明した場合、又は本契約締結後に反社会的勢力に該当した場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 17 条参照）

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きます。

- ①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情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、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
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④契約者・連帯保証人・身元保証人が、契約書第 25 条の確約に反する事実が判明した場合、又は本契約締結後に反社会的勢力に該当した場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 14 条参照）

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。

7. その他費用負担

居室清掃	ケアプラン以外又は正当な理由がない掃除曜日変更の居室清掃	1 時間 2,200 円 1 時間を過ぎた場合 15 分毎に 550 円加算
リネン交換	ケアプラン以外又は定期交換以外のリネン交換	
買い物代行	買い物にかかる費用（月 2 回）	実費
買い物代行 （指定外区域）	買い物にかかる費用（指定曜日以外）	1 時間 2,200 円 1 時間を過ぎた場合 15 分毎に 550 円加算
役所手続きの代行	介護保険手続き以外の代行可能な申請等の費用	1 時間 2,200 円 1 時間を過ぎた場合 15 分毎に 550 円加算
交通機関利用時	外出・病院受診時のタクシー及び公共交通機関の利用	実費
通院同行介助	協力病院への通院同行介助	無料
	協力病院以外への通院同行介助	1 時間 2,200 円 1 時間を過ぎた場合 15 分毎に 550 円加算
医療費		実費
定期健康診断	年 2 回実施	実費
入退院同行	協力病院の場合	無料
	協力病院以外の場合	1 時間 2,200 円 1 時間を過ぎた場合 15 分毎に 550 円加算
理美容	髭剃り・カット・パーマ・髪染め等	実費
紙おむつ		実費
その他日常生活品		実費

8. 施設利用にあたっての留意事項

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願います。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂く場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居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	自己管理して頂きます。
現金等の管理	現金等は原則利用者ご本人またはご家族に管理して頂きますが、5,000円を超える多額の現金等の持ち込みはご遠慮願います。施設における紛失・盗難・その他金銭トラブルについては、当施設は一切の責任を負いかねます。 なお、自己管理が困難な方もしくは特別な事情がある方の通院・日用品費等の為の少額の金銭については、施設として一時立替をさせて頂き、当月の請求書に詳細を明記し、利用料と併せてお支払い頂きます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮頂きます。
ペットの飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はご遠慮頂きます。

※上記の記載内容は令和6年3月1日より運用する。

※上記の記載内容は令和6年4月1日より運用する。

※上記の記載内容は令和6年6月1日より運用する。

※上記の記載内容は令和8年6月1日より運用する。

令和 年 月 日

指定特定施設入所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。

ふれあいの里 藍華

説明者職名 _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者氏名 _____ 印

連帯保証人 _____ 印

身元引受人 _____ 印