

重要事項説明書

1. 事業主体概要

事業主体名	豊前東明会
法人の種類	社会福祉法人
代表者名	理事長 崎山 宏
所在地	福岡県豊前市大字三毛門1340番地1
設立年月日	平成 9年11月11日
法人の理念	この社会福祉法人は、福祉サービスを必要とする者が心身に健やかに育成され、又は、社会経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会を与えると共に、その環境、年齢、及び心身の状況に及び、地域において必要な介護福祉サービスを総合的に提供できるように援助することを目的とする。
他の介護保険関連の事業	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
他の介護保険以外の事業	ケアハウス

2. 事業所概要

事業所名	ケアハウスさくら(介護予防)特定施設入居者生活介護)
運営方針	1 事業所の介護職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排泄、食事の介護その他日常生活上の世話や機能訓練の援助を行う。 2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
責任者	施設長 崎山 剛
開設年月日	平成16年12月10日
保険事業者指定番号	4072700398
所在地、電話・FAX番号	福岡県豊前市大字三毛門1340番地1 (電話) 0979-82-2488 (FAX) 0979-82-2577
交通の便	三毛門駅より徒歩10分
敷地概要(権利関係)	福岡県豊前市大字三毛門1340番地1 社会福祉法人 豊前東明会の所有する敷地
建物概要(権利関係)	構造：鉄筋コンクリート造陸屋根4階建

居室の概要	4 9 部屋 (各部屋個室、内 1 部屋夫婦部屋) 各居室内にフローリング、畳設置。またトイレ、洗面所完備
共用施設の概要	ロビー 食堂 レクリエーション・リハビリ室 浴室 便所 談話室 宿直室
緊急対応方法	協力医療機関に速やかに連絡し対応を行う。
防犯防災設備 避難設備等の概要	別途定める「ケアハウスさくら消防計画」に従い対応する。
損害賠償責任保険加入先	社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」
医療連携体制	協力医療機関等との連携体制 施設看護職員との 24 時間オンコール体制の確保

3. 職員体制

管理者	1 名
生活相談員	1 名
看護職員	利用者 30 名以下は 1 名、31 名以上は 2 名の看護職員
介護職員	要支援 1～2：利用者 10 名に 1 名の介護、看護職員 要介護 1～5：利用者 3 名に 1 名の介護、看護職員
計画作成担当者 (介護支援専門員)	1 名
機能訓練指導員	1 名

4. 施設利用にあたっての留意事項

○訪問、面会

訪問者は必ず面会時間を遵守し、その都度面会者名簿に記入してください。

○外出、外泊

外出、外泊の際は必ず事務所へ届出を行い、行き先及び帰館時間を明確にしてください。

○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途に従ってご利用下さい。これに反した場合、賠償していただくことがあります。

- 喫煙、飲酒、迷惑行動等
喫煙、飲酒は禁止させて頂いております。また騒音等、他の入居者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の入居者様の居室等に立ち入らないよう願います。
- 所持品管理
自己所有物には、必ずあらかじめ名前の記入をして下さい。
- 宗教、政治活動
施設内での他の入居者様に対する宗教活動、政治活動はご遠慮ください。
- 動物の飼育
施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

5. サービスおよび利用料等

保険給付サービス費	食事・排泄・入浴(清拭)・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談・援助等
保険対象外サービス費	事務費・生活費・管理費・その他生活に係る費用(実費)料金の改定は理由を付して事前に連絡を行う。
一時金	200,000円
事務費	10,000円～37,800円/月 前年の対象収入に応じて変動有り。
生活費	44,500円/月 1,960円/月(暖房費11月～3月のみ)
管理費	22,700円/月
利用料の支払方法	利用契約書第9条の通りとする。

6. 介護サービス利用料金・利用者負担金(単位:円)

令和 6年 4月 1日現在

※介護保険サービスの適用分は、1割若しくは2割、3割が利用者の負担金となります。
(短期利用特定施設入居者生活介護の場合、要支援1・2は除く)

< 1割負担 >

区分	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額(30日)
要支援1	1,830	183	5,490
要支援2	3,130	313	9,390
要介護1	5,420	542	16,260
要介護2	6,090	609	18,270
要介護3	6,790	679	20,370
要介護4	7,440	744	22,320
要介護5	8,130	813	24,390

< 2 割負担 >

区分	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額 (30日)
要支援 1	1, 830	366	10, 980
要支援 2	3, 130	626	18, 780
要介護 1	5, 420	1, 084	32, 520
要介護 2	6, 090	1, 218	36, 540
要介護 3	6, 790	1, 358	40, 740
要介護 4	7, 440	1, 488	44, 640
要介護 5	8, 130	1, 626	48, 780

< 3 割負担 >

区分	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額 (30日)
要支援 1	1, 830	549	16, 470
要支援 2	3, 130	939	28, 170
要介護 1	5, 420	1, 626	48, 780
要介護 2	6, 090	1, 827	54, 810
要介護 3	6, 790	2, 037	61, 110
要介護 4	7, 440	2, 232	66, 960
要介護 5	8, 130	2, 439	73, 170

7. その他の加算介護費 (単位: 円)

令和 6年 4月 1日現在

※ADL維持等加算・認知症専門ケア加算・サービス提供体制強化加算・協力医療機関連携加算・介護職員等処遇改善加算はいずれかの算定となります。

< 1 割負担 >

加算項目	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額(30日)
科学的介護推進体制加算	—	—	40
ADL維持等加算 (I)	—	—	30
ADL維持等加算 (II)	—	—	60
口腔・栄養スクリーニング加算	—	—	20 (一回につき) (6ヵ月に1回の算定)
退院・退所時連携加算	300	30	900 (入居、若しくは退院後 30日間のみ算定)
(介護予防(要支援1・2)は含まない)			
認知症専門ケア加算 (I)	30	3	90
認知症専門ケア加算 (II)	40	4	120
サービス提供体制強化加算 (I)	220	22	660
サービス提供体制強化加算 (II)	180	18	540
サービス提供体制強化加算 (III)	60	6	180

退去時情報提供加算	—	—	250 (一回につき)
協力医療機関関連加算①	—	—	100
協力医療機関関連加算②	—	—	40
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	—	—	10
高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	—	—	5
新興感染症等施設療養費	—	—	240円 (一回につき) 最大1,200円
生産性向上推進体制加算 (I)	—	—	100
生産性向上推進体制加算 (II)	—	—	10
若年性認知症入居者受入加算	1,200	120	3,600
介護職員処遇改善加算 (I)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.8%
介護職員処遇改善加算 (II)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.2%
介護職員処遇改善加算 (III)	—	(基本料＋各種加算) ×	11.0%

< 2割負担 >

加算項目	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額(30日)
科学的介護推進体制加算	—	—	80
ADL維持等加算 (I)	—	—	60
ADL維持等加算 (II)	—	—	120
口腔・栄養スクリーニング加算	—	—	40 (一回につき) (6ヵ月に1回の算定)
退院・退所時連携加算	300	60	1,800 (入居、若しくは退院後 30日間のみ算定)
(介護予防(要支援1・2)は含まない)			
認知症専門ケア加算 (I)	30	6	180
認知症専門ケア加算 (II)	40	8	240
サービスマニエール強化加算 (I)	220	44	1,320
サービスマニエール強化加算 (II)	180	36	1,080
サービスマニエール強化加算 (III)	60	12	360
退去時情報提供加算	—	—	500 (一回につき)
協力医療機関関連加算①	—	—	200
協力医療機関関連加算②	—	—	80
高齢者施設等感染対策向上加算 (I)	—	—	20
高齢者施設等感染対策向上加算 (II)	—	—	10
新興感染症等施設療養費	—	—	480円 (一回につき) 最大2,400円
生産性向上推進体制加算 (I)	—	—	200
生産性向上推進体制加算 (II)	—	—	20
若年性認知症入居者受入加算	1,200	240	7,200
介護職員処遇改善加算 (I)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.8%
介護職員処遇改善加算 (II)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.2%

介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	(基本料＋各種加算) × 11.0%
----------------	--------------------

< 3 割負担 >

加算項目	一日単価	利用者負担日額	利用者負担月額(30日)
科学的介護推進体制加算	—	—	120
ADL維持等加算 (Ⅰ)	—	—	90
ADL維持等加算 (Ⅱ)	—	—	180
口腔・栄養スクリーニング加算	—	—	60 (一回につき) (6ヵ月に1回の算定)
退院・退所時連携加算	—	—	2,700
(介護予防(要支援1・2)は含まない)	300	90	(入居、若しくは退院後 30日間のみ算定)
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	30	9	270
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	40	12	360
サービスマ提供体制強化加算(Ⅰ)	220	66	1,980
サービスマ提供体制強化加算(Ⅱ)	180	54	1,620
サービスマ提供体制強化加算(Ⅲ)	60	18	540
退去時情報提供加算	—	—	750 (一回につき)
協力医療機関関連加算①	—	—	300
協力医療機関関連加算②	—	—	120
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	—	—	30
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	—	—	15
新興感染症等施設療養費	—	—	720円 (一回につき) 最大3,600円
生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)	—	—	300
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	—	—	30
若年性認知症入居者受入加算	1,200	360	10,800
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.8%
介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)	—	(基本料＋各種加算) ×	12.2%
介護職員処遇改善加算 (Ⅲ)	—	(基本料＋各種加算) ×	11.0%

※事業所は、国の定める基準に改正もしくは変更が生じた場合、それに基づき利用料を改定するものとする。また事業所は、利用料を改定する場合は、国の改定通知を明示するものとする。

8. 協力医療機関

協力医療機関名	診療科目	所在地
東病院	内科・小児科・リハビリテーション科・検査科、放射線科	福岡県築上郡吉富町大字広津 593-1

中津胃腸病院	内科・外科・消化器内科（外科） 肛門外科	大分県中津市大字永添 510
鳥谷歯科医院	歯科	福岡県豊前市大字三毛門 766-1

9. 苦情相談機関

苦情解決責任者	担当者：崎山 剛	電話番号：0979-82-2488
苦情相談窓口	担当者：井上 幸恵	電話番号：0979-82-2488
第三者委員会	担当者：大隈 三保志 仁保 尚之	電話番号：0947-22-4920 電話番号：0947-22-6189
運営適正化委員会	名称：福岡県社会福祉協議会 住所：〒816-0804 福岡県春日市原町 3-1-7 電話番号：092-915-3511 FAX 番号：092-584-3354	
苦情申し立て機関	機関名：福岡県介護保険広域連合豊築支部 住所：〒828-0000 福岡県豊前市大字八屋 1702-5 電話番号：0979-84-1111 FAX 番号：0979-84-1116	
	機関名：福岡県国民健康保険団体連合会 住所：〒812-8521 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号：092-642-7800 FAX 番号：092-642-7852	

※苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員会の対応時間は、8時30分～17時30分、運営適正化委員会の対応時間は、火曜日～日曜日の9時00分～17時30分とする。

10. 個人情報の使用に係る同意

以下に定める条件のとおり、私 _____ 及び家族代表 _____ の個人情報については、次に記載するところにより、必要最低限の範囲で使用、提供、また収集することに同意します。

(1) 使用目的

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者に係る介護計画を立案し、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができよう支援する事を目的とするサービス担当者会議等において必要な場合。

医療機関、地域包括支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整において必要な場合。
緊急を要するときの連絡等の場合。

(2) 個人情報の内容

氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等事業者が、施設支援を行うために最

下限必要な、利用者や家族個人に対する情報。
認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見。

(3) 必要書類

介護計画書・アセスメント書類・診断書・主治医の意見書・
経過報告・その他 () など

(4) 使用期間

契約期間に準ずる。

(5) 使用条件

- ①個人情報提供は、必要最小限とし、介護サービス計画に係る目的以外に決して使用しない。またサービス利用終了後においても第三者に漏らさない。
- ②事業者は、個人情報を使用した会議内容や経過等について、記録しておく。

当事業所は、サービスの提供開始に当たり、重要事項及び個人情報同意書の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事業者)

法人名：社会福祉法人 豊前東明会
事業所名：ケアハウスさくら (介護予防) 特定施設入居者生活介護
所在地：福岡県豊前市大字三毛門 1340 番地 1

説明者名：

印

私は、サービスの提供開始に当たり、重要事項及び個人情報同意書の説明を受けました。
サービスの提供開始に同意します。

(利用者)

氏名：
住所：

印

(利用者保証人)

氏名：
住所：

(続柄)

印