

花ハウスすみれ館 重要事項説明書 (ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設)

1. 運営方針

要介護状態にある入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、その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します。

2. 事業者の概要

法人種別・名称	社会福祉法人読売光と愛の事業団
代表者氏名	理事長 水 田 邦 雄
法人所在地	東京都千代田区大手町 1-7-1 読売新聞東京本社内

3. 施設の概要

施設名称	地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館
管理者名	施設長 小坂 剛
施設所在地	神奈川県川崎市多摩区菅馬場 3-21-1
電話番号	044-543-9011
介護保険事業所番号	1475401681

4. 職員体制 (令和8年8月1日 現在)

従事者の職種	員数	区 分			
		常 勤		非常勤	
		専任	兼任	専任	兼任
管 理 者	1 名	名	1 名	名	名
介護支援専門員	1 名	名	1 名	名	名
生 活 相 談 員	1 名	名	1 名	名	名
ユニットリーダー	4 名	名	4 名	名	名
介 護 職 員	17 名	名	12 名	名	5 名
看 護 職 員	3 名	名	名	名	3 名
栄 養 士	4 名	名	4 名	名	名
医 師	1 名	名	名	名	1 名

5. 設備の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
入所定員	29 名		入所 29 名
居 室	個 室	29 室 (1 室 13.2㎡以上)	便所・洗面所付
共同生活室	4 室 (1 室 97.60㎡)		
浴 室	2 室 (1 室 26.46㎡)		一般浴槽・特殊浴槽

6. 当施設のサービス内容

食 事	朝食：午前 8 時 ～午前 10 時 昼食：午後 0 時 ～午後 2 時 ※原則、所定の食堂にて提供します。 夕食：午後 6 時 ～午後 8 時
入 浴	原則として、週 2 回以上入浴していただけます。ただし、健康状態等に応じて、入浴日変更、中止又は清拭対応とする場合があります。
介 護	ご希望や状況に応じて適切なサービスを提供します。 着替え介護、食事介護、排泄介護（含む、おむつ交換）、施設内の移動の付き添い、体位交換、シーツ交換等
機 能 訓 練	必要に応じて機能訓練指導員が機能維持訓練を行います。
健 康 管 理	嘱託医師・看護師及び施設看護職員は入居者の皆様の健康管理に努め、年に 1 度専門機関による健康診査を行います。また、入居中に病気になられた場合は、嘱託医・看護師が必要な処置および外部医療機関への受診の指示等を行います。外部受診（救急搬送を含む）については、原則、ご家族に付き添いをお願いしていますので、ご協力ください。外部医療機関の医師は、どこまで治療行為を行うか、入院するかどうかについて、入居者本人・ご家族と相談して決める必要があるからです。冬季にはインフルエンザ感染予防のため希望者に対して予防接種を行います。
理 美 容	理美容事業者が理美容サービスを実施しております。
各種証書管理	施設では以下の証書等をお預かりいたします。 ・ 介護保険被保険者証 ・ 介護保険負担割合証 ・ 健康保険資格確認証（社会保険等で扶養の方は遠隔地保険証） ・ 後期高齢者医療資格確認証、身体障害者手帳等（取得されている方） ・ 各種減額証明書、その他関連各種証書類 ・ 診察券 * マイナンバーカードはお預かりしていません。「健康保険資格確認証」または「後期高齢者医療資格確認証」をご用意ください。 * 退所時には、貴重品を返却いたします。そのため、預り証は大切に保管してください。
立 替 金	利用者に係る特定の医療機関の診察料、日用品購入費（上限 1 万円）等について、1 か月間立替払いをし、翌月に施設利用料等と一緒に、指定いただいた金融機関口座から、自動引き落としさせていただきます。

7. サービス利用に当たっての留意点及び禁止事項

- ① 面会時間 9 時 30 分から 17 時まで。来訪者は面会時間を遵守してください。
- ② 外出・外泊 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
- ③ 喫煙・飲酒 喫煙・飲酒は決められた場所以外ではお断りします。
- ④ 居室・設備・ 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。こ

- 器具の利用 　　れに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- ⑤ 迷惑行為 　　騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、みだり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。
- ⑥ 宗教活動・政治活動 　　施設敷地内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ⑦ 動物飼育 　　施設敷地内へのペットの持ち込みはお断りします。
- ⑧ 個人管理 　　入居者本人の管理による金銭・携帯電話・備品等に関して、当施設の責に帰すべき事項以外の事故・紛失等につきまして、一切の責任を負うことはできません。
- ⑨ 問い合わせ対応 　　入居者の希望の有無にかかわらず、電話による居室（利用場所）案内や入所の事実（の有無）に関しても一切お答えしていません。
- ⑩ ハラスメント 　　社会通念の範囲を超えた言動（カスタマーハラスメント）は、職員の心身の健康、安全に働ける環境が脅かされ、通常の体制でサービスを提供することが困難になる恐れがありますので、お控えください。

8. 情報の開示

当施設では入居者、身元引受人、連帯保証人及び担当の居宅介護支援事業所（介護支援専門員）に対し、入居者の日頃の状況や健康状態などについて、可能な限り情報を提供するようにしています。

入居者の立替金等の状況については、施設利用料と同時に明細書でお知らせいたします。ご不明な点は、施設にお気軽にご質問ください。

9. 嘱託医師（配置医師）

名 称	医療法人社団 薬医門 虹ヶ丘クリニック
所 在 地	川崎市麻生区虹ヶ丘3丁目2番地1
電話番号	044-328-5727
診 療 科	内科、泌尿器科

10. 協力病院等

<協力病院・協力医療機関>

名 称	医療法人社団 晃進会 たま日吉台病院
所 在 地	川崎市麻生区王禅寺1105番地
電話番号	044-955-8220
診 療 科	内科、呼吸器内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科 他
入院設備	有り

<協力医療機関>

名 称	医療法人社団 総生会 麻生総合病院
所 在 地	川崎市麻生区上麻生 6－2 5－1
電話番号	044-987-2522
診 療 科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、眼科、皮膚科 他
入院設備	有り

1 1. 入居者負担金

入居者からいただく負担金は次の通りです。

【1】介護報酬に係る費用

種 別		地域密着型介護老人福祉施設		R6. 8. 1			
地域加算		2 級地	10.72 円	サービス 1 日あたりの単位数、金額			
項 目			所 定 単位数	本人負担額 (1割の場合)	本人負担額 (2割の場合)	本人負担額 (3割の場合)	
基本額	地域密着型（ユニット型） 介護老人福祉施設（Ⅰ）		要介護 1	682 単位	約 732 円	約 1,463 円	約 2,194 円
			要介護 2	753 単位	約 808 円	約 1,615 円	約 2,422 円
			要介護 3	828 単位	約 888 円	約 1,776 円	約 2,663 円
			要介護 4	901 単位	約 966 円	約 1,932 円	約 2,898 円
			要介護 5	971 単位	約 1,041 円	約 2,082 円	約 3,123 円
栄養マネジメント強化加算			1日につき	11 単位	約 12 円	約 24 円	約 36 円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）			1日につき	18 単位	約 20 円	約 39 円	約 58 円
外泊時費用	1ヵ月に6日を限度として 所定単位数に代えて		1日につき	246 単位	約 264 円	約 528 円	約 792 円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）			1月につき	50 単位	約 54 円	約 108 円	約 161 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）			1月につき	3 単位	約 4 円	約 7 円	約 10 円
排せつ支援加算（Ⅰ）			1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）			1月につき	10 単位	約 11 円	約 22 円	約 33 円
協力医療機関連携加算（Ⅱ）			1月につき	5 単位	約 6 円	約 11 円	約 17 円
療養食加算	対象者のみ		1日につき	6 単位	約 7 円	約 13 円	約 20 円
安全対策体制加算	入所時1回のみ		1月につき	20 単位	約 22 円	約 43 円	約 65 円
初期加算	入所時等から30日間		1月につき	30 単位	約 33 円	約 65 円	約 97 円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ			1月につき	(1ヶ月の総単位数 × 17.6%) のうちの1割相当分		左記の2割相当分	同 3割相当分

R6.8.1

(1) 介護保険給付対象サービス料金は、国が定める負担割合に応じて利用料金をご負担いただきます。ただし、月々の利用者負担には上限があり、上限を超えた分は「高額介護サービス費」※が支給されます。

(2) 1ヶ月の利用料の計算方法は、1日あたりの金額に利用日数を乗じた額になりますが、介護保険の制度上、本人負担額に月により1円単位の誤差がでます。

※高額介護サービス費

区 分	負担の上限（月額）
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収1160万円以上	140,100 円（世帯）
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収770万円以上～約1160万円未満	93,000 円（世帯）
現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 年収383万円以上～約770万円未満	44,400 円（世帯）
世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方	37,200 円（世帯）
世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方	24,600 円（世帯）
・ 老齢福祉年金を受給している方 ・ 前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方等	24,600 円（世帯） 15,000 円（個人）
生活保護を受給されている方等	15,000 円（個人）

「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

【2】その他の費用

居住費		1日につき		2,261 円
食費		1日につき		2,459 円
金銭管理費		1ヶ月		1,000 円
日用品費		入居者・家族の希望		実 費
教養娯楽費		入居者・家族の希望		実 費
特別な食事		入居者・家族の希望		実 費
理美容代	パーマ、カラー等を提供。料金表参照	入居者・家族の希望		実 費
行事代	行事に参加した場合の参加費等	入居者・家族の希望		実 費
健康管理費	インフルエンザの予防接種	入居者・家族の希望		実 費
個人消耗材料	口腔ケアブラシ等	入居者・家族の希望		実 費
嗜好・補助食品代	希望により嗜好・補助食品を提供した場合	入居者・家族の希望		実 費
電話代	居室における利用者の希望によって提供します	入居者の希望	基本料	1,785 円
			開通工事費	8,800 円
			通話料	実 費
家族等の宿泊代	利用希望の日は宿泊 6日前、食事 4日前申込			実 費
	宿泊代（寝具含） 1,000円／日			
	食事代 朝 480円 昼 780円 おやつ 100円 夜 680円			
負担限度額適用者	保険料第一段階	居住費	1日につき	880 円
		食費	1日につき	300 円
	保険料第二段階	居住費	1日につき	880 円
		食費	1日につき	390 円
	保険料第三段階①	居住費	1日につき	1,370 円
		食費	1日につき	680 円
	保険料第三段階②	居住費	1日につき	1,470 円
		食費	1日につき	1,420 円

(1) 当施設の嘱託医による健康管理や療養指導につきましては介護保険給付サービスに含まれております。それ以外の医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

(2) 負担限度額の適用については、保険者が発行する介護保険負担限度額認定証によります。

(3) 入院・外泊が7日以上になった場合、負担限度額適用者の7日目以降の居住費は1日

あたり 2,261 円となります。

(4) 以下の全ての要件に該当する方は、市区町村税が課税世帯であっても、市区町村に申請することで、第 3 段階②の負担軽減を受けることができます。

- ・ 2 人以上の世帯の方
- ・ 世帯の年間収入から施設の入居者負担（介護サービスの利用者負担、食費、居住費）の見込額を除いた額が 80 万 9000 円以下
- ・ 世帯の現金、預貯金等の額が合計 450 万円以下
- ・ 日常生活のために必要な資産以外に利用できる資産がない
- ・ 介護保険料を滞納していない

(5) 介護記録などの写しが必要な場合は A4 版 1 枚当たり 10 円（白黒）、50 円（カラー）をいただきます。郵送による交付の場合は別途配達証明付き書留郵便代が必要です。

1 2. 身体拘束の禁止

- ① 入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。
- ② やむを得ず身体拘束を行う場合には、「同意書」により本人及び身元引受人の同意を得て行い、対応方法・時間・入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

1 3. 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、嘱託医、救急機関等に連絡します。

緊急連絡先 ①	氏 名 : 連 絡 先 :
緊急連絡先 ②	氏 名 : 連 絡 先 :

1 4. 非常災害対策

災害時の対応	「地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	「地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館消防計画」により年 2 回夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。

防 災 設 備	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、補助散水栓 ガス漏れ報知器、防火扉、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源、カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理責任者 山 田 晃 裕

15. 虐待防止

入居者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止の対策を検討する委員会の定期的な開催と、その結果の職員への周知徹底。
- ② 虐待防止のための指針の整備。
- ③ 職員に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施。
- ④ ①～③の措置を適切に実施するための担当者の設置。

16. 個人情報の保護

- ① 事業者及びその職員は、本サービスを提供する上で知り得た入居者、その家族、身元引受人及び連帯保証人に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
- ② 事業者又は施設は、法令に基づく場合その他正当な理由がある場合を除き、入居者、その家族、身元引受人又は連帯保証人からあらかじめ文書で同意を得ない限り、他の介護サービス事業者、医療機関又は行政機関その他の関係機関等の第三者に対し、入居者、その家族、身元引受人又は連帯保証人の個人情報を提供しません。
- ③ 守秘義務は、本契約の終了後も継続します。

17. 相談窓口、苦情対応（当施設相談窓口）

【1】サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

施設相談窓口	花ハウスすみれ館 相談員 電話番号 044-543-9011 よみうりランド花ハウス（本体施設） 施設長 小 坂 剛 事務長 今井 隆 電話番号 044-969-3111 対応時間 9：00 ～ 17：00 土、日祭日、年末年始を除く
苦情相談解決 第三者委員	小池 多恵子（菅第2地区民生委員児童委員協議会会長） 電話番号 044-945-4611

【２】公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

川崎市役所 高齢者事業推進課 事業者指導係	電話番号 044-200-2910 fax番号 044-200-3926 対応時間 9:00 ～ 17:00 土、日祭日、年末年始を除く
多摩区役所 高齢者・障害課 高齢者支援係	電話番号 044-935-3266 fax番号 044-935-3396 対応時間 8:30 ～ 17:00 土、日祭日、年末年始を除く
神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	電話番号 045-329-3447 利用時間 8:30 ～ 17:15 土、日祭日、年末年始を除く
かながわ福祉サービス 運営適正化委員会	電話番号 045-311-8861 fax番号 045-312-6302 利用時間 9:00 ～ 17:00 日祭日、年末年始を除く

１８．第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実施状況	１ あり	直近の実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	１ あり ２ なし
	② なし		

１９．事故防止対策

- ① 施設は、安全かつ適切に質の高いサービスを提供するために事故防止の指針を定め、入居者の事故を未然に防ぐための体制を整備していますが、防ぎきれない事故（転倒や転落、入居者同士の接触など）があることをご理解お願い致します。
- ② 事故が発生した場合は、速やかに身元引受人等、市町村に連絡し、事故の状況や事故に際して採った処置を記録します。
- ③ 賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。ただし、事業者の責めに帰することのできない事由による事故であるときは、この限りではありません。

２０．業務継続計画

施設は、感染症や非常災害の発生時に、入居者に対するユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供を継続的に実施するため、また、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的に行います。

２１．料金改定の手続

契約期間中、介護保険法等の法令改正及び施設の料金改定により入居者の負担金の改定が必要となった場合には、料金改定後速やかに入居者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を説明し、本契約の継続について契約者の意思を確認するものとします。

2 2. 反社会的勢力の排除

施設と入居者または身元引受人は、それぞれの相手方に対し、次の各号に掲げる事項を確約します。

- (1) 自らが暴力団、暴力団関係者若しくはこれに準ずる者又は構成員（以下、総称して「反社会的勢力」という。）ではないこと。
- (2) 自らの役員（業務を執行する理事、またはこれらに準ずる者をいう。）または身元引受人が反社会的勢力ではないこと。
- (3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、この契約を締結するものでないこと。
- (4) 自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。

ア 相手方に対する脅迫的な言動または暴力を用いる行為

イ 偽計又は威力を用いて相手方の行為または業務を妨害し、または信用を毀損する行為。

2 3. 看取りに関する指針

【1】看取りについての基本方針

地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館（以下「当施設」という）では、疾病や病気により入居者の心身が衰弱し、医学的知見に基づいて回復の見込みがないと医師に診断された場合、入居者及び身元引受人の希望があれば、無理な延命措置を行わず、自然に安らかに最期を迎えるお手伝いをする「看取り」を実施します。

【2】看取りの対象者

看取りの対象となるのは、以下の双方に該当する場合です。

- ① 入居者が当施設内での看取りを希望し、身元引受人にも異存がない場合。
※ 入居者の意思確認が困難な場合、身元引受人に判断していただくケースもあります。
- ② 当施設において提供困難となる医療行為を必要としない場合。

2 4. 冷蔵庫、携帯電話持ち込みのルール

【1】冷蔵庫

- ① 賞味期限の短い食品類は、入居者の居室内の冷蔵庫ではなく、各ユニットにある共用冷蔵庫で保管させていただきます。
- ② それでも居室内に冷蔵庫の設置を希望される入居者については、入居者自身とご家族で冷蔵庫内の食品の賞味期限等を管理できる方に限り認めます。
- ③ 居室内の冷蔵庫内の食品を、入居者自身と家族で管理できなくなったと施設側が判断した場合は、衛生上の問題となり、他の入居者にも迷惑をかけることになるため、施設側で電源を切り、使用中止とさせていただきます。使わなくなった冷蔵庫の撤去は契約終了時までに入居者・家族の費用負担で行うものとします。
- ④ 居室内冷蔵庫の設置を認められないユニットもあります。

【2】携帯電話・スマートフォン等（タブレットを含む）

- ① 自己管理できる入居者は、施設内での携帯電話・スマートフォン等（以下、スマホ。タブレットを含む）の使用を認めます。
- ② 老化や認知症の進行などにより入居者の自己管理能力が低下してきた場合は、携帯電話・スマホを身元引受人・家族にお引き取りいただきます。
- ③ 入居者の自己管理能力が低下してもなお「入居者の精神的安定のために携帯電話・スマホを使わせてあげたい」と希望する身元引受人・家族は、入居者の携帯電話・スマホ

等を点検し、家族が了解する電話番号、問題ないと認めるアプリ以外は家族の責任で削除していただきます。施設側の要請に関わらず、身元引受人・家族がこれを怠った場合、当施設の判断で携帯電話・アプリの使用を禁止させていただきます。なお、通話料やアプリの使用に伴う料金請求、損失に関して、当施設は一切の責任を負いません。

- ④ 携帯電話・スマホ等は落下して破損・故障するリスクが高い機器です。職員が故意または悪意をもって入居者の携帯電話・スマホ等を破損させた場合を除き、施設は損害の補償はいたしません。これを入居者、身元引受人・家族の皆様にご了解いただくことが、施設内に入居者の携帯電話・スマホ等を持ち込む場合の条件となります。

25. カスタマーハラスメント防止指針

社会福祉法人読売光と愛の事業団(以下「事業者」という。)は「カスタマーハラスメント防止指針」を制定し、令和8年7月1日施行しました。近年、カスタマーハラスメント(以下「カスハラ」という。)が社会問題化する中、事業者が運営する高齢者介護施設の職員に対する入居者、家族、親族等からのカスハラを防止し、職員の安全と健康を確保し、適切な介護サービスの提供を維持することが目的です。

指針は、カスハラに該当する行為としては、以下のものを定義し、禁止しています。

1. 身体的な攻撃： 暴行、傷害、物品の投げつけ等。
2. 精神的な攻撃： 脅迫、中傷、名誉毀損、侮辱、ひどい暴言、理不尽な叱責等。
3. 威圧的な言動： 土下座の要求、執拗な謝罪要求、机を叩く、大声で怒鳴る等。
4. 拘束行為： 長時間の電話や面談、居座り、執拗な付きまとい等。
5. 過剰な要求： 契約範囲外のサービスの強要、過度な金品要求、特定の職員の解雇・交代要求等。
6. プライバシー侵害： 職員の顔写真・動画の無断撮影、SNS 等への投稿、個人情報の拡散等。
7. 性的言動： 身体への接触、わいせつな発言、性的嫌がらせ(セクシュアルハラスメント)等。

カスハラが発生した場合、事業者と施設は組織として対応し、悪質なカスハラ(暴力、脅迫、不退去等)の場合は、躊躇なく警察への通報や弁護士等への相談を行い、法的措置を含めた対応をとります。不当な言動が、改善勧告にもかかわらず継続し、適切な介護サービスの提供が困難であると事業者が判断した場合、事業者は利用契約書及び重要事項説明書の規定に基づき、サービスの停止または利用契約の解除を行うこともありますので、このようなことが起きぬよう、カスハラ防止に皆様のご協力をお願いいたします。

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設サービス利用契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明いたしました。

事業者名 社会福祉法人 読売光と愛の事業団

施設名 地域密着型介護老人福祉施設 花ハウスすみれ館

説明者名 _____

令和 年 月 日

私は、地域密着型介護老人福祉施設サービス利用契約の締結にあたり、当施設から重要事項について説明を受け同意し、交付を受けました。

入居者〔住所〕 _____
(利用者)
〔氏名〕 _____

身元引受人〔住所〕 _____
〔氏名〕 _____

(入居者との続柄： _____)

附 則

この利用契約書、重要事項説明書、サービス内容説明書は、令和8年7月1日以後に締結する契約に適用する。

平成27年4月1日改正
平成30年4月1日改正
令和元年5月1日改正
令和3年4月1日改正
令和5年4月1日改正
令和6年4月1日改正
令和6年6月1日改正
令和6年8月1日改正
令和7年4月1日改正
令和8年7月1日改正
令和8年8月1日改正