サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ
重要事項説明書

指定介護老人福祉施設サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ（介護保険事業者番号 0590700134 号）は、ご契約者に（以後、「入居者」といいます）対し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します。施設の概要や提供されるサービスの内容・契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当施設への入居は、原則として要介護認定をまだ受けていない方でも入居は可能ですが、原則として要介護認定の結果「要介護３」以上と認定された方が対象となります。

１．施設運営法人

法人名　：　社会福祉法人　雄勝なごみ会
所在地　：　秋田県湯沢市小野字大沢田２２１番地
電話番号：　０１８３－５２－５２１０
ＦＡＸ　：　０１８３－５２－５２１１
代表者名：　理事長　佐藤　博
設立年月：　昭和５６年５月２７日

２．入居施設の概要

（１）施設の種類　　指定地域密着型介護老人福祉施設
　　施設の目的　　指定介護老人福祉施設サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだは、介護保険法令の主旨に従い、入居者がその有する能力に応じ可能な限り自律した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的として、入居者に日常生活を営む為に必要な居宅及び共用施設等をご利用いただき、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します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
（２）施設の名称　　サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム　桜おかだ
（３）施設の所在地　　秋田県湯沢市岡田町１４番２８号
（４）電話番号　　０１８３－７２－８７８７
　　ＦＡＸ番号　　０１８３－７２－８７８６
（６）施設長氏名　　菅　裕樹
（７）開設年月　　平成２８年５月１日
（８）入居定員　　２０人
（９）交通の便　　奥羽本線　湯沢駅より徒歩１０分

３．居室の概要

（1） 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は個室です。

居室・設備の種類	室　数	
個室（１人部屋）	２０室	居室内にトイレ、洗面付き
＊主な共用設備		
共同生活室	２ヶ所	
浴室	３ヶ所	特殊浴槽、個別浴槽
ホール		

（2） その他、各個人用ベッド・全トイレ・浴室にナースコール設置しております。

４．職員の配置状況

当施設では、入居者に対し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職員として、次表の職種を配置しています。

≪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	職員数	職　種	職員数
１．施設長（管理者）	１名	６．機能訓練指導員（兼：看護職員）	１名
２．介護職員	１１名	７．調理員	４名
３．生活相談員	２名	８．栄養士（兼：本体施設）	１名
４．介護支援専門員（兼：介護職員）	２名	９．事務職員　（兼：本体施設）	１名
５．看護職員	２名		

≪主な職種の勤務体制≫

職　種	
１．医　師	週　1回以上
２．介護職員	＊早　番　２名 ＊遅　番　２名 ＊日　勤　１名 ＊夜　勤　１名 ＊その他 ＊ユニット毎・ご入居者の介護状況により勤務状態に変動があります。 標準的な時間帯における最低配置人数です。
３．看護職員　午前８：３０～午後５：３０；2名（他 9：00～16：00；2名） ＊入居者の心身の状況により勤務状態に変動の場合がございます。 ＊夜間当番で自宅待機体制をとり急変に備えます。	

５．　当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、入居者に対して以下のサービスを提供します。

１．当施設が提供するサービスについて

（１）利用料金が介護保険から給付される場合があります。

（２）利用料金の金額をご入居者に負担いただく場合があります。

２．介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、施設サービス計画書に基づいてサービスを提供します。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。

（１）サービスの概要

① 食　事

当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。

食事時間（目安）　　朝　食：午前８：００～　　昼　食：１２：００～

夕　食：午後６：００～

② 入　浴

入居者の希望や体調に応じ、入浴を提供します。

③ 排　泄

排泄の自立を促す為、入居者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④ 機能訓練

入居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為の訓練を実施します。

⑤ 健康管理

医師や看護師による健康管理を行います。

⑥ 生活サービス

寝具交換・居室清掃・施設内で可能な洗濯（純毛品・シルク・綿入れ等除く）を行います。

⑦ 相談・援助

ご利用者や家族に対して生活・介護・環境等に関する相談等を行います。

（２）サービスの１日の利用料金

次表の料金表によって、入居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）と食費及び居住費等の合計金額をお支払ください。

（サービスの利用料金は、入居者の要介護度と負担割合に応じて異なります。）

1．ご契約者の要介護度とサービス利用料金				要介護度３ 8,030 円	要介護度４ 8,740 円	要介護度５ 9,420 円
2．うち、介護保険から給付される金額			①１割負担	7,227 円	7,866 円	8,478 円
			②2 割負担	6,242 円	6,992 円	7,536 円
			③3 割負担	5,621 円	6,118 円	6,594 円
3．サービス利用に係る負担額	①１割負担			803 円	874 円	942 円
	②2 割負担			1,606 円	1,748 円	1,884 円
	③3 割負担			2,409 円	2,622 円	2,826 円

4．居室に係る自己負担	①2 段階 820 円	②3 段階 1,310 円	1～3 段階以外(4 段階) 2,006 円		基準額 2,006 円
5．食事に係る自己負担額	①2 段階 390 円	②3-1 段階 650 円	③3-2 段階 1,360 円	1～3 段階以外 1,445 円	基準額 1,445 円
6．看護体制加算（Ⅰ）イ（R4.4.1～算定）	①　12 円(1 割負担額)　②24 円（2 割負担額）③36 円（3 割負担）				
7．日常生活継続支援加算	①　46 円(1 割負担額)　②92 円（2 割負担額）③126 円（3 割負担）				
8．安全対策体制加算	（初回のみ算定）　①20 円　②40 円　③60 円				
9．介護職員処遇改善加算（Ⅰ）H30.4.1～	介護職員の処遇改善に要する加算（所定単位の 83/1000）				
１０．介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）R1.10.1～	介護職員の処遇改善に要する加算（所定単位の 27/1000）				
１１．介護職員等ベースアップ等支援加算 R4.10.1～	介護職員等ベースアップ等支援に要する加算（所定単位の 16/1000）				

段階別１割負担額の合計（（3①＋6①+7①+8①）×9・10）+4＋5	１割計算	要介護 3～5 段階層別	2　：2,202 円 3-1：2,952 円 3-2：3,662 円 4　：4,443 円	2　：2,282 円 3-1：3,032 円 3-2：3,742 円 4　：4,523 円	2　：2,359 円 3-1：3,109 円 3-2：3,819 円 4　：4,600 円
段階別２割負担額の合計（（3②＋6②+7②+8②）×9・10）+4＋5	２割計算	要介護 3～5 段階層別	2　：3,194 円 3-1：3,944 円 3-2：4,654 円 4　：5,435 円	2　：3,354 円 3-1：4,104 円 3-2：4,814 円 4　：5,595 円	2　：3,508 円 3-1：4,258 円 3-2：4,968 円 4　：5,749 円
段階別３割負担額の合計（（3③＋6③+7③+8②）×9・10）+4＋5	３割計算	要介護 3～5 段階層別	2　：4,186 円 3-1：4,936 円 3-2：5,646 円 4　：6,427 円	2　：4,426 円 3-1：5,176 円 3-2：5,886 円 4　：6,667 円	2　：4,657 円 3-1：5,407 円 3-2：6,117 円 4　：6,898 円

※外出・外泊・入院などで居室を開けておく場合（７日目からの料金）
ただし第４段階以上については１日目からの徴収となります。

（３）その他

①ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払いもどされます。（償還払い）

②償還払いとなる場合、入居者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した『サービス提供証明書』を交付します。

③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。

④具体的な利用料については、入居者により違います。

３．介護保険の給付の対象外となるサービス

（１）サービスの概要と利用料金

①食　費　　毎日の食事　　１日　1,445 円（基準額）

特別な食事　　入居者のご希望に基づいた出前・外食等特別な食事の場合は実費となります。

②居住費　　基準額　　１日　2,006 円。

③理美容　　ご希望に応じて、理容師・美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

④レクリエーション活動

入居者の希望によりレクリエーション活動に参加した場合、材料代等の実費をいただく場合があります。

⑤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入居者の日常生活に要する費用で、ご入居者に負担していただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

※おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

４．利用料金のお支払方法

当施設が提供するサービスの利用料金のお支払方法は、１ヶ月毎に計算しご請求しますので翌月２５日迄に以下のいずれかの方法でお支払ください。

１ヶ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なります。

① 窓口での現金支払

②　下記指定口座への振り込み

サン．グリーンユザワ

ｻﾝ．ｸﾞﾘｰﾝﾕｻﾞﾜ

北都銀行　横堀支店　普通預金　口座番号　８１０５６９１

③ 金融機関口座からの自動引き落とし

１、北都銀行　　２、ゆうちょ銀行

５．入居中の医療の提供について

病気やけがの治療は入居者の希望により下記医療機関及び嘱託医医療機関において診療や入院治療を受ける事ができます。（但し、下記医療機関での診療や入院治療を義務づけるものではありません。）

協力医療機関　　名称：ＪＡ秋田厚生連　雄勝中央病院
所在地：秋田県湯沢市山田字勇ヶ岡２５
電話：０１８３－７３－５０００

嘱託医医療機関　　名称：まつした医院
所在地：秋田県湯沢市北荒町３－１
電話：０１８３－７３－２０７４

６．施設を退居していただく場合

（１）契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、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事はできますが、仮にこのような事項に該当した場合には、当施設との契約は終了し、入居者に退居していただく事になります。

① 介護認定によりご利用者の心身の状況が自立・要支援Ⅰ～Ⅱ・要介護 1～2 と判断された場合
② 事業者が解散した場合、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
③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合
④ 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
⑤ 入居者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

（２）入居者からの退居の申し出により退居していただく場合（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設の退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日前迄に解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居できます。

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出来ない場合
② 施設の運営規定の変更に同意出来ない場合
③ 入居者が入院された場合
④ 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指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を実施しない場合
⑤ 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
⑥ 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利用者の身体・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

⑦ 他の入居者が入居者の身体・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

（３）事業所からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただく事があります。

① 入居者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴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 ご契約によるサービス利用料金の支払いが６ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にもかかわらずこれが支払われない場合

③ 入居者が、故意又は重大な過失により事業者又は、サービス従業者もしくは他利用者等の命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事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 入居者が介護保険老人施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

（４）ご利用者が病院等に入院された場合

当施設へ入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 検査入院等、短期入院の場合

入院して６日間（次月にまたがる場合は、連続して最大１２日間）所定の入院・外泊時加算料金をご負担いただきます。

１日あたり　２４６円（１割負担）　４９２円（２割負担）　７３８円（３割負担）

短期入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。

② 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、３ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。なお、入院し 7 日目以降（月をまたぐ場合は、連続して最大 12 日間以降）は、居住費実費分（基準額）をご負担いただきます。

③３ヶ月以上退院が見込まれない場合

契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入居する事は出来ません。

（５）円滑な退居の為の援助

入居者が、当施設を退居する場合には、入居者の希望により、事業者は入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案､円滑な退所の為に必要な以下の援助を入居者に対して速やかに行ないます。

〇適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等への紹介

〇居宅支援事業者の紹介

７．非常時・災害時の対策

（１）非常時の対応

別に定める「桜おかだ消防・防災計画」により対応します。

（２）非常通報の対応

非常通報体制は一般電話で全職員の連絡体制を確保しております。

（３）近隣との協力関係

岡田町地域の方々及び消防団と話し合い、非常時の応援協力体制について確保しています。

（４）非常時の訓練と防災設備

別に定める「桜おかだ消防・防災計画」により、年２回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して実施します。

（５）防災設備の概要

自動火災報知機、スプリンクラー、消火器、非常口、避難場所を設置しています。

８．緊急時の対応について

サービス提供時に入居者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡など必要な処置を講じます。

９．安全対策の実施と事故発生時の対応について

介護事故に係る安全対策の実施について、事故防止の指針に則り、報告並びに再発防止策の提示をするとともに、周知徹底を図るものとします。また平時においては、事故防止を目的とした委員会により、職員の研鑽を積むものとします。

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、保険者、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行ないます。

安全対策担当者　介護職員　高橋裕哉

（「介護施設における安全対策担当者養成研修」修了者）

１０．守秘義務に対する対策について

事業者及び従業者は、業務上知りえた入居者又は家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としております。

１１．身体拘束の禁止について

原則として、入居者の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家族へ十分説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

虐待防止担当者　介護職員・　高山聡子（介護支援専門員有資格）

１２．利用者の尊厳について

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、従業者教育を行います。

１３．身元引受人

契約締結に当たっては、ご家族等に身元引受人をお願いします。日常生活の相談をはじめ、入院、もしくは退居の場合身柄の引き受け及び金銭の処理について誠意をもって対応していただきます。

１４．苦情の受付について

（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窓口で受け付けます。

担　　当：	生 活 相 談 員	齊籐　潤一郎
受付時間 ：	午 前８：３０ ～ 午 後５：３０	

また、苦情受付ボックスをホールに設置しています。

○苦情解決第三者委員

氏　　名	電話番号
大　山　史　子	090-7666-5227
佐 藤 久 美 子	090-7662-6883
村　　上　　環	080-5561-1697

（2）行政機関　その他　苦情受付機関

苦情受付の窓口	
湯沢市福祉保健部 長寿福祉課　介護保険班	所在地：秋田県湯沢市佐竹町１番１号 電　話：　０１８３－７３－２１１１
秋田県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田県秋田市山王四丁目２－３ 電　話：０１８－８８３－１５５０
秋田県福祉サービス相談センター （秋田県運営適正化委員会）	所在地：秋田県秋田市旭北栄町１－５ 電　話　：　０１８－８６４－２７２６

サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム　桜おかだ
重要事項説明確認書

令和　　年　　月　　日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の提供の開始に際し、ご利用者に対してサン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

社会福祉法人　雄勝なごみ会
サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ

説明者
職　名　　生活相談員　　氏名　　印

私は、指定介護老人福祉施設　サン・グリーンゆざわサテライト型特別養護老人ホーム桜おかだ重要事項説明書に基づいて事業者から説明を受け、サービスの提供に同意しました。

入　居　者　　住所

氏名　　印

身元引受人　　住所
（連帯保証人）

氏名　　印