

# 特別養護老人ホーム平成園 重要事項説明書

指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム平成園（介護保険事業者番号秋田県指定第0572850691号）は、ご契約者に（以後、「ご利用者」といいます。）対して介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容・契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

当施設への入居は、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： 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 京野 公子  
設立年月： 昭和56年 5月27日

## 2. ご利用施設の概要

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム平成園は、介護保険法令の主旨に従い、ご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事ができるように支援する事を目的として、ご利用者に日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
- 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。
- (3) 施設の名称 指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム平成園
- (4) 施設の所在地 湯沢市小野字大沢田221番地
- (5) 施設の電話番号 0183-52-5210  
FAX番号 0183-52-5211
- (6) 施設長氏名 栄喜 絹子
- (7) 開設年月 平成2年4月1日
- (8) 入居定員 75人（定員60名、短期入所15名含む）
- (9) 交通の便 奥羽本線 横堀駅より約1km

### 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、個室部屋、2人部屋、3人部屋、4人部屋がございます。

ご利用者の心身の状況により、居室を変更する場合がございます。

居室・設備の種類	室数	
個室（1人部屋）	27室	
2人部屋	1室	
3人部屋	1室	
4人部屋	7室	
合計	36室	
* 主な共用設備		
食堂ホール	6カ所	
機能訓練室		
浴室		一般浴、特殊浴槽、小浴槽
医務室		
静養室		
トイレ		居室外 居室内

(2) その他、各個人用ベッド・全トイレ・浴室・静養室等にナースコールを設置しています。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、次表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	職員数	職種	職員数
1. 施設長（管理者）	1名	6. 看護職員	3名以上
2. 医師（嘱託医）	1名	7. 機能訓練指導員 （看護職員兼務）	1名
3. 生活相談員	1名	8. 栄養士	1名以上
4. 介護支援専門員	2名以上	9. 事務職員	3名
5. 介護職員	25名以上	10. 調理員	必要数

※併設の短期入所施設を含む

## 《主な職種の勤務体制》

職 種	
1. 医師（嘱託医）	毎週木曜日 午後3：00～午後5：00 *週1回の往診体制となっています。
2. 介護職員	*早番 7名 *遅番 7名 *日勤 <b>*夜勤 3名</b> *その他 *ユニット毎・ご利用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員です。
3. 看護職員	午前8：30～午後5：30 *夜間、医師及び看護師は不在となっています。 *看護師は夜間当番で緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制をとり、急変時に備えます。 *ご利用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。

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

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

(2) 利用料金の金額をご利用者に負担いただく場合 があります。

### 1. 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：利用者負担1割）が介護保険から給付されます。

**なお、所得状況により利用者負担が2割または3割となる場合があります。**

### 《サービスの概要》

#### ① 食 事

当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した適時適温の食事を提供します。

ご利用者の自立支援の為、離床してリビングにて食事をとっていただく事を原則としています。

食事時間 朝 食：午前8時00分～、 昼 食：午後12時～  
夕 食：午後6時00分～

#### ② 入 浴

週2回入浴を提供します。

③ 排泄

排泄の自立を促す為、ご利用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

ご利用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。

⑧ その他

施設に入居後または退居後の空き家の管理はできません。

《サービスの利用料金》…… 1日当たり

次表の料金表によって、ご利用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いください。

（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度、介護保険負担割合に応じて異なります）

【 1割負担の方 】

従来型個室 多床室	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費に係る自己負担額	573円	641円	712円	780円	847円
居室に係る自己負担額	1,171円（個室利用の場合）				
	855円（多床室利用の場合）				
食事に係る自己負担額	1,392円				
下記の合計金額には、下記の加算が含まれています。					
①日常生活継続支援加算                      ②看護体制加算（Ⅰ）                      ③夜勤職員配置加算					
④介護職員処遇改善加算（Ⅰ）                      ⑤介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）					
自己負担合計額（個室）	3,258円	3,333円	3,412円	3,488円	3,562円
自己負担合計額（多床室）	2,942円	3,017円	3,096円	3,172円	3,246円

## 【 2割負担の方 】

従来型個室 多床室	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費に係る自己負担額	1,146円	1,282円	1,424円	1,560円	1,694円
居室に係る自己負担額	1,171円（個室利用の場合）				
	855円（多床室利用の場合）				
食事に係る自己負担額	1,392円				
下記の合計金額には、下記の加算が含まれています。					
①日常生活継続支援加算      ②看護体制加算（Ⅰ）      ③夜勤職員配置加算 ④介護職員処遇改善加算（Ⅰ）      ⑤介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）					
自己負担合計額（個室）	3,953円	4,104円	4,261円	4,412円	4,561円
自己負担合計額（多床室）	3,637円	3,788円	3,945円	4,096円	4,245円

## 【 3割負担の方 】

従来型個室 多床室	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費に係る自己負担額	1,719円	1,923円	2,136円	2,340円	2,541円
居室に係る自己負担額	1,171円（個室利用の場合）				
	855円（多床室利用の場合）				
食事に係る自己負担額	1,392円				
下記の合計金額には、下記の加算が含まれています。					
①日常生活継続支援加算      ②看護体制加算（Ⅰ）      ③夜勤職員配置加算 ④介護職員処遇改善加算（Ⅰ）      ⑤介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）					
自己負担合計額（個室）	4,648円	4,874円	5,110円	5,337円	5,560円
自己負担合計額（多床室）	4,332円	4,558円	4,794円	5,021円	5,244円

※ 入居者の方が、入院あるいは外泊等で居室を利用しない場合は、介護保険の「負担限度額」に関係なく、下記の通り、1日あたりの居住費をご負担いただきます。ただし、短期入居者が当該空室を利用した場合は、居住費は発生いたしません。

※ 外泊・入院で居室を開けておく場合、居室料金がかかります

- ・ 多床室（2・3・4人室）      ・ ・ ・ ・ 1日あたり      855円
- ・ 従来型個室      ・ ・ ・ ・ 1日あたり      1,171円

※ 1日目からは介護保険負担限度額認定証に基づいた料金となり、7日目以降は上記の料金となります。

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。

☆ 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)。

償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行な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。

☆ 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、ご利用者の負担額を変更します。

☆ 具体的な利用料については、軽減措置等の理由でご利用者毎に違います。

○ その他加算等について (1割負担の場合)

※ 介護保険負担割合証に応じて、下記加算が異なります。

各加算の説明	日 額	要 件
初期加算	30 円	新規入居日から 30 日以内の期間及び、30 日を超える入院後に再び入居した場合。
安全対策体制加算	20 円	組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。 <u>入居時に 1 回のみ算定。</u>
日常生活継続支援加算	36 円	要介護 4 または 5 の方が一定以上入居していること。
看護体制加算 (I)	4 円	常勤の看護師を 1 名以上配置していること。
夜勤職員配置加算 (I)	13 円	夜勤を行う介護職員、看護職員が一定以上配置していること。
介護職員処遇改善加算 (I)	施設サービス費に各種加算を加えた総単位に 83/1000 を乗じた単位数を加算。	
介護職員等 特定処遇改善加算 (I)	施設サービス費に各種加算を加えた総単位に 27/1000 を乗じた単位数を加算。	
看とり介護加算	看とり介護の体制ができていて、施設での看とり介護を行い、死亡した場合。 死亡日以前 4～30 日前 1 日につき 144 円 死亡日の前日・前々日 1 日につき 680 円 死亡日 1,280 円	
入院・外泊時費用	246 円	入院の翌日から最大で 6 日間で、月をまたがる場合は最大で連続 12 日間。

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

《サービスの概要と利用料金》

(ア) 食 費

毎日の食事 : 一日 1, 392円 (食数により金額が異なります。)  
(朝: 400円、昼: 512円、夕: 480円)

特別な食事 : ご利用者のご希望に基づいた出前・外食等特別な食事を提供します。

利用料金 : 要した費用の実費

(イ) 居住費 : 多床室は855円。個室は1, 171円です。

(ウ) 理 髪 (第2・4水曜日)

月に2回、理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

利用料金 : 1回あたり2, 500円

(エ) 貴重品の管理 : ご利用者のご希望により、貴重品管理サービスをご利用  
いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金額の形態

施設の指定する金融機関に預け入れている預金

施設の指定する金融機関: 北都銀行 横堀支店

○お預かりするもの

上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑

年金証書

○保管管理者 : 総務課長 東海林 昌子

○出納方法 : 手続きの概要は預り金規程によります。

(オ) レクリエーション活動

ご利用者の希望によりレクリエーション活動に参加して頂く事ができます。

利用料金 : 材料代等の実費をいただきます。

(カ) 日常生活品上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担して  
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。

## 2. 利用料金のお支払い方法

料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、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い下さい。

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します。

1	金融機関口座からの自動引き落とし 北都銀行 または ゆうちょ銀行
2	窓口での現金支払い
3	下記指定口座への振込 特別養護老人ホーム平成園 施設長 栄喜 絹子 トクベツヨウゴロウジンホームヘイセイエン シセツチョウ エイキ キヌコ 北都銀行 横堀支店 普通預金 ( 0600549 ) ※ 振込手数料は、ご契約者のご負担となります。

## 3. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、嘱託医が診察・治療を行い、必要に応じて専門病院や協力医療機関に紹介し、診療や入院治療を勧めることがあります。

但し、協力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、協力医療機関での診察・入院治療を義務付けるものでもありません。

嘱託医療機関 名 称：高橋胃腸科クリニック  
主治医：高橋 章  
所在地：秋田県湯沢市千石町2丁目1-7  
電 話：0183-79-5355

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



## 6. 施設を退居していただく場合

### (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ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用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又は要支援と判断された場合
- 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 ご利用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 事業所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）

#### (1) ご利用者からの退居の申し出（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居を申し出る事ができます。

その場合には、退居を希望する日の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 施設の運営規程の変更に同意出来ない場合
- ③ ご利用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介護保険福祉施設サービスを実施しない場合
- 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 他のご利用者がご利用者の身体・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

#### (2) 事業者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、当施設から退居していただく事があります。

- ① ご利用者が、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3ヶ月以上遅延し、かつ1ヶ月以上の予告期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合

③ ご利用者が、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 ご利用者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

☆ ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

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

1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）

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。但し、入院期間であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり 246円

（※ 2割負担の方は、1日あたり492円）

（※ 3割負担の方は、1日あたり738円）

#### 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。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。

なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

#### 3. 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

##### (1) 円滑な退居の為の援助

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

○適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介

○居宅介護支援事業者の紹介

○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 7. 非常時・災害時の対策

### (1) 非常時の対応

別に定める「平成園消防計画」により対応します。

### (2) 非常通報の対応

非常通報体制はホットライン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

小町の里町内会及び消防第九分団と話し合いし、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「平成園消防計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、ご利用者の方も参加して実施します。

#### (5) 防災設備の概要

屋内消火栓16カ所、消火器28カ所、避難経路18カ所、避難場所2カ所を設置しています。

### 8. 緊急時の対応について

サービス提供時に利用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. 事故発生時の対応について

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います。

### 10. 感染症発生時の対応について

インフルエンザや胃腸炎等による感染症の発生状況によっては、一時的に面会を控えていただくことがございますので、予めご了承ください。

なお、特別な事情で面会をご希望の場合は、ご相談ください。

※ 急を要する場合や体調に応じた面会

※ 遠方からお出での方

### 11. 守秘義務に対する対策について

事業者及び従事者は、業務上知りえた利用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べき旨を、従業者との雇用契約の内容としております。

### 12. 身体拘束の禁止について

原則として、入居者の行動を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ご家族へ十分説明し、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。

### 13. 利用者の尊厳について

入居者の人権・プライバシー保護、高齢者虐待防止のために、研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

## 14. 身元引受人

契約締結にあたっては、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。

## 15. 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。

#### ○ 苦情受付担当者

担 当 : 主任生活相談員 築田 雄 亮

受付時間 : 午前8:30 ~ 午後5:15

また、苦情受付ボックスをフロアに設置しています。

#### ○ 苦情解決第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。

苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

職 業	氏 名	電 話 番 号
元雄勝福祉会評議員	柿 崎 清	0183 - 72 - 2536
元湯沢市議会議員	高 階 順 子	0183 - 72 - 1333
元湯沢市保健師	根 岸 ゆ り 子	0183 - 52 - 2722

### (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

## 特別養護老人ホーム平成園 重要事項説明確認書

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、ご利用者に対して特別養護老人ホーム平成園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  
特別養護老人ホーム平成園

説明者

職名 主任生活相談員 氏名 築田雄亮 印

私は、指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム平成園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、受領しました。

ご利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

(連帯保証人)

氏名 \_\_\_\_\_ 印