

平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま 重要事項説明書

指定介護老人福祉施設平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま(介護保険事業者番号 0590700050 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 : 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 栗林 孝得
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 |
| (2) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設平成園サテライト型特別養護老人ホーム
ぬくもりの里たてやまは、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。 |
| (3) 施設の名称 | 平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま |
| (4) 施設の所在地 | 湯沢市上院内字小沢102-3 |
| (5) 電話番号 | 0183-52-3330 |
| FAX番号 | 0183-52-5735 |
| (6) 施設長氏名 | 鎌田 信 |
| (7) 開設年月 | 平成24年3月2日 |
| (8) 入居定員 | 20人 |
| (9) 交通の便 | 奥羽本線 院内駅より徒歩1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
トイレ	3ヶ所	
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. 看護職員	1名以上
2. 医師（嘱託医）	1名	7. 栄養士（兼：本体施設）	1名以上
3. 生活相談員	1名	8. 調理員	必要数
4. 介護支援専門員（兼：介護職員）	1名以上	9. 機能訓練指導員（兼：本体施設）	1名
5. 介護職員	7名以上	10. 事務職員（兼：本体施設）	必要数

《主な職種の勤務体制》

職種	
1. 医師（嘱託医）	毎週月曜日 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 2名 *遅番 2名 *日勤 *夜勤 1名 *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、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：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。

(1) サービスの概要

① 食 事

当施設では、管理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5：45～

② 入 浴

入居者の希望や体調に応じ、入浴を提供します。（週2回）

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、入居者の要介護度に応じて異なります。）

【1割負担の方】

ユニット型個室	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	661円	730円	803円	874円	942円
居室に係る自己負担額	2,006円				
食事に係る自己負担額	1,445円				
日常生活継続支援加算	46円				
看護体制加算（I）	12円				
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				
自己負担合計額	4,249円	4,326円	4,407円	4,486円	4,561円

【2割負担の方】

ユニット型個室	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	1,322円	1,460円	1,606円	1,748円	1,884円
居室に係る自己負担額	2,006円				
食事に係る自己負担額	1,445円				
日常生活継続支援加算	92円				
看護体制加算（I）	24円				
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				
自己負担合計額	4,983円	5,136円	5,298円	5,456円	5,607円

【3割負担の方】

ユニット型個室	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	1,983円	2,190円	2,409円	2,622円	2,826円
居室に係る自己負担額	2,006円				
食事に係る自己負担額	1,445円				
日常生活継続支援加算	138円				
看護体制加算（Ⅰ）	36円				
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				
自己負担合計額	5,717円	5,946円	6,189円	6,426円	6,652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）

・ユニット型個室・・・2,006円

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、入居者により異なります。

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
(朝食:410円、昼食:535円、夕食:500円)
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 年金収入等に応じて利用料金が違うため、別紙参照にて確認下さい。
- ③理美容 ご希望に応じて、理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。(1回あたり2500円)
- 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	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 鎌田 信 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 カマダ マコト 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。

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：J A秋田厚生連 雄勝中央病院 所在地：湯沢市山田字勇ヶ岡25 電話：0183-73-5000
嘱託医医療機関	名称：高橋胃腸科クリニック 所在地：湯沢市千石町2丁目1-7 電話：0183-79-5355

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するに至った場合には、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 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 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

1ヵ月につき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。なお、上記短期入院の期間を超える入院の期間内は、居住費実費分をご負担いただきます。

③ 3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。

○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

○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「ぬくもりの里たてやま消防計画」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

院内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「ぬくもりの里たてやま消防計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、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. 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、市長、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せん。

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。

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。

1 4 . 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 阿部 幸子

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

職種・職業等	氏 名	電 話 番 号
元雄勝福祉会評議員	柿 崎 清	0 1 8 3 - 7 2 - 2 5 3 6
元湯沢市保健師	根 岸 ゆ り 子	0 1 8 3 - 5 2 - 2 7 2 2
元教員	大 山 史 子	0 9 0 - 7 6 6 6 - 5 2 2 7

(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番地1号 電 話： 0 1 8 3 - 7 3 - 2 1 1 1
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： 0 1 8 - 8 8 3 - 1 5 5 0
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： 0 1 8 - 8 6 4 - 2 7 2 6

平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま 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、ご利用者に対して平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま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
平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま

説明者

職 名 生活相談員 氏名 阿部 幸子 印

私は、指定介護老人福祉施設 平成園サテライト型特別養護老人ホームぬくもりの里たてやま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。

入 居 者 住所 _____

氏名 _____ 印

身元引受人 住所 _____
(連帯保証人)

氏名 _____ 印