

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けております。
秋田県第 0570150268号

1. 施設経営法人

法人名 社会福祉法人 幸楽会
所在地 秋田県秋田市上新城中字片野四番地
電話番号 018-870-2224
代表者氏名 理事長 渡邊 良雄

2. 事業の目的及び運営方針

事業の目的

この事業は、介護保険法及び関係法令の定めるところにより、要介護状態にある高齢者に対して、指定介護老人福祉施設において適正な介護を提供することを目的とします。

施設運営方針

当施設は、施設介護サービス計画に基づき施設機能を十分に発揮しながら、日常生活介護、機能訓練、健康管理等を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活できるようにすることを目指します。又、利用者的人格を尊重し、常に利用者本位のサービスの提供や、家庭の延長としての役割や、地域との連携を重視した運営に努めます。

3. ご利用施設

施設の名称 特別養護老人ホーム 幸楽園
施設の所在地 秋田県秋田市上新城中字片野四番地
電話番号 018-870-2224
施設長 飯塚 喜弘
開設年月日 昭和57年4月1日
入所定員 60名
土地概要 5628.46㎡
建物概要 鉄筋コンクリート平屋建 延べ床面積1599.25㎡
居室等の概要 4人1室 15室（1室33㎡・1床当たり8.25㎡）
全館暖房設備・全居室冷房完備・全居室非常用電源設置

利用者より居室変更の申し出があった場合は、居室の空状況により施設側で可否を決定します。又、利用者の身体状況により居室を変更する場合があります。その際は、利用者と協議のうえ決定します。

- 主な共同設備
- ①玄関 ②事務室 ③ホール ④介護員センター
 - ⑤医務室 ⑥静養室 ⑦談話室
 - ⑧食堂（機能訓練コーナーを含む）
 - ⑨浴室 ⑩トイレ・洗面所 ⑪礼拝室 ⑫洗濯室
- 各個人用ベッド・各トイレ・浴室コーナーにナースコールを設置しております。

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サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しております。

- | | |
|---------------------|-------|
| 1. 施設長（管理者） | 1名 |
| 2. 生活相談員 | 1名 |
| 3. 介護支援専門員 | 1名 |
| 4. 介護員 | 17名以上 |
| 5. 医師（嘱託医：内科1名） | 1名 |
| 6. 看護師 | 3名以上 |
| 7. 管理栄養士、栄養士（調理員兼務） | 各1名 |
| 8. 調理員 | 5名以上 |
| 9. 事務員 | 2名以上 |
| 10. 機能訓練員（看護師兼務） | 1名 |

職員の配置については指定基準を遵守しています。

主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 時 間
医師	内 科 毎週木曜日 2時間
介護員	標準的な時間帯における最低配置人員
	早番 6：30 ～ 15：45 3名
	早日 7：45 ～ 16：45 1名
	日勤 8：30 ～ 17：30 2名～4名
	遅番 10：00 ～ 19：00 4名
	夜勤 16：30 ～ 9：30 2名
看護師	標準的な時間帯における最低配置人員
	早番 8：00 ～ 17：00 1名
	日勤 8：30 ～ 17：30 1名～2名
	夜間自宅待機体制をとり緊急時に備えます。

5. 当施設が提供するサービス内容と利用料金

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。

- (1) 利用料金が介護保険から給付されるサービス
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割（2割負担の方は8割）が介護保険から給付されます。

① 居室の提供 ② 食事

当施設では管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。毎日の水分補給に牛乳、ジュース等、週2回の選択食、季節毎の行事食を提供します。また、病状等により医師の食事箋に基づき療養食を提供することができます。

提供時間 朝食7：30～ 昼食12：00～ 夕食18：00～

③ 入浴

基本的には週2回以上、入浴を提供します。身体状況により入浴困難な場合は清拭を提供します。概ねベッド上の生活の方は機械浴槽を使用し入浴していただきます。

④ 排泄

身体状況に応じ、適切な方法で排泄自立を目指します。困難な場合はオムツ等を使用し適切な援助を提供します。

⑤ 機能訓練

必要に応じ、日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善、維持のため機能訓練を生活ケアの中で行います。

⑥ 健康管理

週3回の嘱託医による回診及び電話等の指示により医療処置、定期健康診断を行うとともに、看護師による健康管理に努め、健康相談に応じます。

尚、新規入所時に健康状態を把握の為、血液検査等を行うことがあります。

⑦ 相談及び社会的便宜

ご利用者や必要に応じてご家族等に対して生活、介護、環境等に関する相談、助言を行います。また、行政機関等の諸手続きで、利用者並びに家族が対応困難な場合、代行手続きを行います。

② 生活サービス

居室の清掃、シーツ交換、施設内で可能な洗濯等を行います。

【 サービス利用料金 】

ご利用者要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. 基本報酬額 (介護施設サービス費)	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710
2. 日常生活支援加算	360				
3. 夜勤職員配置加算	130				
4. 看護体制加算 I+II	40+80				
合計	6,420	7,120	7,850	8,550	9,240
4.自己負担額1割	642	712	785	855	924

サービス利用料金は、ご利用者の要介護度により異なります。

上記要介護度に応じた金額をお支払いいただきます。

介護保険負担割合について

介護保険負担割合証の利用者負担割合により、介護保険該当分の自己負担額が異なりますので、都度ご説明いたします。

初期加算について

入所した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日につき 30 円を加算します。30 日を超える病院又は診療所への入院後に再び入所した場合も、同様とします。

安全対策体制加算について

施設内の安全対策に関する体制を整備し、組織的に事故の発生や再発防止に努めている場合、入所時に 1 回 20 円が加算されます。

日常生活支援加算として、1 日あたり 36 円ご負担いただきます。

夜勤職員配置加算として、1 日あたり 13 円ご負担いただきます。

看護体制加算（Ⅰ＋Ⅱ）として、1 日あたり 12 円ご負担いただきます。

口腔衛生管理加算（Ⅱ）として、1 月あたり 110 円ご負担いただきます。

科学的介護推進体制加算について

ご利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症等に係る基本的な情報を厚生労働省と共有した上で、ケアの質の向上の取り組むことに対し、1 月あたり 50 円のご負担をいただきます。

療養食加算として、1 回あたり 16 円（実際にサービスを提供した場合のみ）

栄養マネジメント強化加算として、1 日 11 円のご負担を頂きます。最適な栄養ケアを行うため、管理栄養士及び栄養士が栄養ケア計画を作成致します。

経口維持加算について（Ⅰ）1 月あたり 400 円（Ⅱ）1 月あたり 100 円

摂取機能障害を有し誤嚥が認められる方へ、医師や歯科医の指示のもと、管理栄養士が経口維持計画を作成した場合頂きます。

配置医師緊急時対応加算として、医師が緊急に来園し診察を行った際に、1 回につき勤務時間外の場合 325 円（6 時～22 時）650 円（22 時～6 時）1,300 円ご負担いただきます。

機能訓練加算として、1 日あたり 12 円のご負担をいただきます。（有資格者を配置し実際にサービスを提供した場合のみ）

協力医療機関連携加算として、病歴など共有する為の会議を定期的を開催する事で 1 月 5 円ご負担いただきます。

看取り介護加算について

医師より近い将来終末期を迎えられると判断された際も、当園内にてその終末期を身体的・精神的苦痛や苦悩をできるだけ緩和し、その方らしく尊厳ある暮らしを営めるよう援助させて頂いています。その為、看取りのお手伝いをさせて頂いた場合に加算対象となることもあります。料金については、別紙にて説明させて頂きます。

退所前後訪問相談援助加算として、1 回あたり 460 円

退所時相談援助加算として、退所者 1 回限り 400 円

退所前連携加算として、退所者 1 回限り 500 円（上記退所前後、相談援助及

び情報提供等をさせていただいた場合、要件に応じて加算対象となります。)

外泊・入院時の居住費について

ご利用者が病院又は診療所への入院を要した場合、及び外泊を認めた場合は、1ヶ月に6日を限度として1日につき246円を加算します。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は算定できません。また、短期入所者のかたが居室を使用した場合はいただきません。尚、6日を超える日数を要した場合は、保険適用外となり、通常の利用料をご負担頂きます。

介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算について

事業所が厚生労働大臣の定める基準により、介護職員等へ処遇改善等を実施している場合に算定する加算です。当事業所では①介護職員処遇改善加算（I）・②介護職員等特定処遇改善加算（I）を算定しており、利用料金（所定単位数）に①8,3%+②2,7%を乗じた金額をご負担頂きます。

介護職員等ベースアップ等支援加算

「コロナ克服・新時代開拓の為の経済対策」の取り組みの一環として介護報酬改定に伴い新たに施行され、基本サービスに1.6%乗じた分が上乗せとなります。

※ 各種加算について、事業所の体制が整った際に算定し一部負担ご負担いただきます。

当施設の居住費（居室に係る自己負担額）、食費（食事に係る自己負担額）

世帯全員の方が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護受給の方で、負担減額の認定を受けている場合には、施設利用居住費及び食費の負担が下記表のとおり軽減されます。（単位：円・日額）

対 象 者		区分	居住費	食費		
			多床室			
生活保護受給者		利用者負担	0	300		
世帯全員 が、市町 村民税非 課税	高齢福祉年金受給者	1段階				
	課税年金収入額と合計所得金額の 合計が80万円以下の方	利用者負担 2段階			370	390
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計が120万円以下の方	利用者負担 3段階①			370	650
	課税年金収入額と合計所得金額 の合計が120万円超の方	利用者負担 3段階②	370	1,360		
上記以外の方		利用者負担 4段階 (基準費用額)	855	1,445		

※居室及び食事に係る費用について、負担限度額の認定を受けている場合には、認定証に記載している上記負担額となります。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、介護保険給付サービス費の全額を一旦お支払いいただき、要介護認定を受けた後に、介護保険か

ら払い戻しとなります。

※介護保険制度改正等に伴い給付額の変更があった場合、変更された額に伴いご利用者の負担額を変更致します。

(2). (1) 以外のサービス

以下のサービスについては、利用料金全額がご利用者負担となります。

① 特別な食事（飲酒を含む）

ご利用者のご希望に基づいて可能な限り特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費

② 理髪 週に1回（毎週水曜日）、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。調髪料金：1回あたり 2,970 円（税込み）その他については、ご利用時にご説明いたします。

③ 買物代行 ご利用者及びご家族が自ら購入困難な場合、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。 利用料金：要した費用の実費

④ 移動売店

週に1回、売店の施設内移動販売を提供いたします。おやつ等の嗜好品を購入することができます。 利用料金：要した費用の実費

⑤ 貴重品及び現金の管理

ご利用者が所持する貴重品及び現金の管理を依頼された場合、管理サービスをご利用いただくことができます。利用にあたり金銭管理委託契約を締結いただく必要があります。 利用料金：1日あたり20円

⑥ レクリエーション、クラブ活動

ご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。 利用料金：材料費等の実費を負担していただきます。

⑦ 日常生活上必要となる諸費用の実費

日常生活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いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

⑧ ご利用者の希望による私的用事に係るサービス

個別外出等、ご利用者の希望による私的用事をお手伝いします。

利用料金：経費、実費相当分をご負担いただきます。

⑨ 複写物の交付

ご利用者並びにご家族は、サービス提供についての記録を閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を1枚あたり10円頂きます。

⑩ その他

ご希望により居室内へテレビ及び居室用冷蔵庫の設置が可能です。使用した場合の料金は、料金として1日各100円をご負担いただきます。

利用料金のお支払い方法（入所期間中、お支払方法の変更は可能です）

前期(1)の料金は、1ヶ月毎に計算し、翌月15日までに請求します。請求翌月の20日までに以下の何れかの方法でお支払い下さい。(1か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。)前期(2)の料金はお預かりしている現金及び預金通帳より引き落としさせていただきます。

イ. 窓口での現金払い

ロ. 当施設へお預け頂ける、預金通帳口座からの引き落とし
 ご利用できる金融機関 : JAなまはげ秋田(新あきた農協)
 ※ 尚、新規通帳作成の場合は、株式会社ゆうちょ銀行となります。

ハ. 下記指定口座への振込み
 北都銀行 通町支店 普通預金 口座番号 0082315
 口座名義 特別養護老人ホーム幸楽園 施設長 飯塚 喜弘

1. 協力医療機関と医療

- (1) 医療機関の名称 秋田厚生医療センター
 院長氏名 柴田 聡
 所在地 秋田県秋田市飯島西袋1丁目1番1号
 連絡先 018-880-3000
- 医療機関の名称 新田医院
 院長氏名 新田 格
 所在地 秋田県秋田市泉一ノ坪26番23号
 連絡先 018-868-2900
- (2) 歯科治療 協力歯科医院が施設内へ往診します。
 協力歯科機関 医療法人千成会 旭北歯科医院
 秋田県秋田市旭北栄町1番4号
 018-865-2931
- (3) 利用者の医療 病気やけがの治療は、当施設の嘱託医またはご利用者が選択する医療機関で受けていただくこととなります。医療費については、医療保険制度で支給される以外の費用はご利用者の負担となります。なお、入院が3か月以上にわたった場合、または3か月以内に退院の見込みがない場合は退所となります。

2. 非常時、災害時、事故発生時の対応

- (1) 非常時の対応 別に定める「特別養護老人ホーム幸楽園 防火管理規定」により対応します。
- (2) 非常通報体制 非常通報体制は、全職員・消防関係者・地元救援隊との応援協力体制を確保しております。
- (3) 防災訓練 別に定める「特別養護老人ホーム幸楽園 防災計

画」により年2回以上、夜間及び日中を想定した避難訓練をご利用者参加で行います。

- (4) 防災設備の概要 屋内消火栓8カ所・消火器18カ所・防火戸1カ所・避難場所3カ所・非常火災通報設備等を完備しております。また、停電等の有事に備え、全居室及び食堂等へ非常用電源を設置しております。
- (5) 事故発生時の対応 事故対応マニュアルに基づき、事故による身体の障害発生している場合は、生命の維持のため、可能な限り応急措置をとるとともに、家族、関係機関との連携をとる等、適切な対応に努めます。

3. 当施設をご利用の際に留意していただく事項

- (1) 事故補償 当施設において事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、その損害を賠償します。
- (2) 来訪・面会 来訪者は、その都度事務室、または職員に届けて下さい。また、来訪者が宿泊する場合は、事前に許可を得てください。
- (3) 外泊・外出 外泊・外出の際は、必ず行き先及び帰園予定日時を届けて下さい。
- (4) 居室設備の使用 施設内の居室や設備、器具等は本来の用法をまもって使用して下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、補償をしていただくことがあります。
- (5) 喫煙・飲酒 喫煙は、健康増進法（R2/4改正）により、施設内での喫煙は禁止となっております。ご希望の方は、入所時にご相談させていただきます。また、飲酒については、医師による制限がない限り、晩酌程度は可能です。
- (6) 迷惑行為 けんか、暴行、中傷等、他人に対する迷惑行為はしないで下さい。
- (7) 所持品の管理 入所時に所持品を届けていただきます。なお、原則的に日常生活用品に限らせていただきます。
- (8) 現金の管理 現金の管理を施設へ依頼する場合は「預り金取扱要綱」に基づいて管理いたします。なお、管理を依頼するにあたり、金銭管理委託契約を締結いただくことを前提とします。
- (9) 宗教・政治活動 施設内での宗教及び政治活動は控えていただきます。
- (10) 動物の飼育 施設内では、動物等ペットの飼育を原則禁止して

おります

4. 入所・退所等

入所の詳細は、契約書に基づき開始されます。また、契約書上の終了項目に該当する場合は退所することとなります。

主な例は以下のとおりです。

- ① 利用料金の滞納や伝染性罹患となり治療の必要性が生じた場合
- ② 利用者本人の行動により他のご利用者への影響が生じた場合
- ③ 介護保険要介護認定の更新により利用該当外の認定結果の場合
- ④ 措置施設へ入所した場合
- ⑤ 3か月以上の入院が必要な場合、または3か月以上、入院した場合

5. 苦情受付窓口

当施設に対する苦情やご相談は以下の窓口にて受付いたします。

常設窓口	事業所	特別養護老人ホーム 幸楽園
	所在地	秋田市上新城中字片野4番地
	連絡先	018-870-2224
	担当者	生活相談員 橋本 美香

第三者窓口	ボランティア団体代表	さくらの会
	住 所	秋田市高陽青柳町10-20
	連絡先	018-863-7276 遠藤 江美子

上新城地区	民生児童委員
幸楽園地元救援隊	副隊長
住 所	秋田市上新城中字家ノ後185-1
連絡先	018-870-2040 永田 凡人

他相談窓口 公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出が出来ます。

○ 各市町村・相談窓口

秋田市介護保険課

所在地 秋田市山王1丁目1-1

連絡先 018-888-5672

時間帯 8:30～17:15

○ 秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王4丁目2-3
連絡先 018-824-0043
時間帯 8:30~17:15

指定介護老人福祉サービスの提供開始に際し、本書に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 幸楽園

説明者職氏名 相談員：橋本美香印

私は、本書面に基づいて事業者からの重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者住所_____

氏名_____印

身元引受人

住所_____

氏名_____印

住所_____

氏名_____印