介護老人福祉施設重要事項説明書

（特別養護老人ホーム用）

当施設は、介護保険の指定を受けています。
（秋田県指定　第　０５７０８５１２７９　号）

当施設は、ご利用者に対して指定介護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、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

◇◇◇　目　次　◇◇◇

１．施設経営法人（事業者）	１
２．ご利用施設の概要	２
３．居室の概要	２
４．職員の配置状況等	３
５．提供するサービスの概要	４
６．利用料	５
７．利用料金のお支払い方法	６
８．施設を退所していただく場合（契約の終了について）	６
９．病院等に入院された場合の対応	８
10．身元引受人（連帯保証人）について	８
11．協力医療機関と医療	９
12．非常時災害時の対策	１０
13．施設ご利用の際に留意いただく事項	１０
14．苦情の受付	１１
15．身体的拘束禁止について	１１
16．事故発生時の対応について	１１

１．施設経営法人（事業者）

（１）法　人　名　　社会福祉法人　大仙ふくし会
（２）法人所在地　　秋田県大仙市神宮寺字本郷道南７８番地
（３）電 話 番 号　　０１８７－８７－１１１２
（４）代表者氏名　　理事長　藤　原　正　吾
（５）設 立 年 月　　平成２０年　３月

２．ご利用施設の概要

（１）施設の名称　　特別養護老人ホーム　桜寿苑

（２）施設の種類　　指定介護老人福祉施設

（３）施設の目的　　老人福祉法に定める特別養護老人ホームで、介護保険法に基づき指定された介護老人福祉施設です。
要介護１から５の認定を受けた方で、自宅での介護を受けることができない高齢者が入所し、日常生活に必要なサービスを行うことを目的とした施設です。

（４）施設の所在地　秋田県大仙市北長野字野口前４７番地

（５）電 話 番 号　　０１８７－ ５６ － ２００１

（６）施設長氏名　　鈴　木　淳　子

（７）施設の運営方針

施設サービス計画に基づき入浴、排泄、食事等の介助、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行なうことにより入所者が有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指し、かつ利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って施設サービスを提供するよう務める。

（８）第三者評価　　**福祉サービス第三者評価を**当施設では行っていません。

（９）開 設 年 月　　平成　７　年　１０　月　１　日

(10) 入 所 定 員　　６２人　（他に短期入所　８人）

３．居室の概要

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、本人の身体上の状況により事業者側で指定させて頂きます。

居室・設備の種類等		室数	備　　考
居室	個室（１人部屋）	１０室	
	２人部屋	４室	
	４人部屋	１１室	
	合　計	２５室	
設備	食　　堂	１室	＊指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられているものを抜粋
	機能訓練室	１室	
	浴　　室	１室	
	医 務 室	１室	
	＊各個人用ベッド、すべてのトイレにナースコール設置		

※居室の変更

ご利用者やご家族から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議の上決定します。

４．職員の配置状況等

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、以下の職種の職員を配置しています

〔主な職員の配置状況〕　　**※職員配置については、指定基準を遵守しています。**

職　　種	常勤換算職員数	備　考
１．施設長	１人	
２．生活相談員	１人	
３．介護支援専門員	１人	
４．看護師	４人	
５．介護職員	24 人	パート、嘱託職員含む
６．嘱託医師	１人	
７．機能訓練指導員	１人	
８．管理栄養士	１人	
９．調理員	４人	
10．事務職員	２人	
11．その他職員	４人	宿直代行員等

※ 短期入所８人を含む体制です。

〔主な職員の勤務体制〕

職　　種	勤　務　体　制	
１．医　師	毎週火曜日　　午後	
２．看護師	早出	午前 7 時 00 分　～　午後 3 時 45 分
	普通出	午前 8 時 45 分　～　午後 5 時 30 分
	遅出	午前 9 時 15 分　～　午後 6 時 00 分
３．介護職員	早出	午前 7 時１5 分　～ 午後 4 時 00 分
	普通出 A	午前 8 時 45 分　～　午後 5 時 30 分
	普通出 B	午前 9 時 15 分　～　午後 6 時 00 分
	遅出	午前 10 時 00 分　～ 午後 6 時 45 分
	夜勤	午後 4 時 45 分　～　午前 9 時 15 分

※状況により変更があります。

５．提供するサービスの概要

〔介護保険給付対象サービス〕

サービスの種類	内　　容
・介護全般	・ご利用者の心身の状況に応じ、自立支援と日常生活の充実に資するように適切な技術をもって行います。
・入浴や清拭	・基本的に入浴は週２回以上、身体状況等により入浴が困難な場合は、清拭を実施します。
・排泄介護	・心身の状況に応じ、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併用します。
・機能訓練	・必要に応じて日常生活を送る上で必要な生活機能の改善、維持のための機能訓練を生活ケアの中で行います。
・相談・援助	・ご利用者や必要に応じてご家族に対し、生活・介護・環境等に関する相談・助言を提供します。
・社会的便宜の提供	・レクリェーション・行事等の提供、日常生活上必要な行政機関等の諸手続でご利用者・ご家族が対応困難な場合の代行手続き。年金や金銭の管理を行います。
・生活サービス	・シーツ交換、居室清掃、施設内で可能な洗濯を行います。
・健康管理	・週１回の嘱託医による回診と指示による医療処理、定期健康診断・健康相談を行います。
・その他	・クリーニングの取次、宅配便・郵便物の取次等を行います。

〔介護保険給付外サービス〕

サービスの種類	内　　容
・食　事	・１日３食（定食方式） 朝食　　７：４５ 昼食　１１：４５ 夕食　１７：１５ 食堂内配膳、水分補給（午前、午後各１回） なお、行事食及びそれぞれの身体状況等に応じた食事

	（特別食）を提供します。
・居　室	・多床室及び個室を利用できます。
・理　髪	・毎週１回理容師の出張による理髪サービスを利用できます。
・洗　濯	・セーター等ウール製品やドライクリーニング等はクリーニング店の宅配サービスを利用できます。
・買い物代行	・ご利用者及びご家族が自ら購入できない場合は、施設の購入代行サービスを利用できます。（購入代金を添えてお申し込み下さい。）

６．利用料

〔介護保険給付対象サービスの利用に係るもの〕

別紙の料金表によって、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）をお支払い下さい。

※ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額をいったんお支払いいただくこともあります。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戻されます。

〔介護保険給付対象外サービスの利用に係るもの〕

介護保険の給付対象とならない以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

①食事の提供に要する費用

ご利用者に提供する食事の材料費及び調理費に係る費用です。実費相当額の範囲内において負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証等の発行を受けている方は、その認定証に記載された食費の金額（１日当たり）のご負担となります。

②住居に要する費用

この施設及び設備を利用し、滞在されるにあたり、多床室利用の方には光熱水道費相当額、個室利用の方には光熱水道費相当額及び室料をご負担いただきます。ただし、介護保険負担限度額認定証等の発行を受けている方は、その認定証に記載された居住費の金額（１日当たり）のご負担となります。

③ご利用者の選定により提供するもの

理髪（2.500 円）、洗濯等や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。

７．利用料金のお支払い方法

前記の利用料金は、１カ月毎に計算し、ご請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払い下さい。（１カ月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

(1) 窓口（施設）での現金支払い　～　翌月の２５日まで
(2) 下記指定口座への振り込み　　～　翌月の２５日まで
　秋田銀行神宮寺支店　普通預金　３２３－１０２６６０８
（　口座名義人：社会福祉法人　大仙ふくし会　）
(3) 金融機関口座からの自動引き落とし　～　翌月の２５日

※支払が遅延した場合は、延滞損害金が発生しますのでご注意下さい。

８．施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当事業者との契約では、契約が終了する期日を特に定めていません。従って、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ことができます。仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

①要介護認定により、ご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
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、ご利用者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ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑥事業者が退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

〔ご利用者からの退所の申し出〕

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。その場合は、退所を希望する日の７日前までに解約届書をご提出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約し施設を退所することができます。

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できない場合
②ご利用者が入院された場合
③事業者若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福祉施設サービスを実施しない場合
④事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
⑤事業者若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
⑥他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若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取らない場合

〔事業者からの申し出により退所していただく場合〕

以下の事項に該当する場合は、当施設からの退所していただくことがあります。

なお、ご利用者の退所まで７日間の予告期間を設けます。

①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告示を行い、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ご利用者によるサービス利用料金の支払が３カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかか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若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなど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ご利用者が連続して３カ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合若しくは入院した場合
⑤ご利用者が、介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

９．病院等に入院された場合の対応

当施設へ入所中に医療機関への入院の必要が生じた場合は、以下のように対応します。

⑴ 検査入院等短期入院の場合

１カ月につき６日以内（連続して７泊、複数月にまたがる場合は１２日）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担願います。

⑵ 上記を超える入院の場合

上記の短期入院の期間を超える入院については、３カ月以内に退院された場合は、退院後再び当施設に入所することができます。ただし、入院時に予定された退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていないときには、併設されている短期入所生活介護の居室をご利用いただく場合があります。

⑶ ３カ月以内の退院が見込まれない場合

３カ月以内の退院が見込まれない場合は、契約を解約します。再度入所希望の場合には、当施設へ優先的に入所できるよう配慮します。

10. 身元引受人（連帯保証人）について（契約書第９条参照）

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

・利用者が死亡した場合は、身元引受人にご連絡のうえ、遺体の引受及び遺留金品等の処理、その他必要な措置をとっていただき、費用が生じる場合はご負担いただきます。

・身元引受人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、極度額７２万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。**また、身元引受人が負担する債務の元本は、利用者又は身元引受人が亡くなったときに確定するものとします。**

・身元引受人から請求があった場合には、事業者は、身元引受人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

11. 協力医療機関と医療

医療を必要とする場合は、下記嘱託又は協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものでも義務づけるものでもありません。）

(1)医療機関

〔嘱託医〕

医療機関の名称	滑川医院　　℡ 0187-56-3121
所在地	秋田県大仙市長野字九日町１５－１
診療科	内科・循環器科・胃腸科

〔協力医療機関〕

医療機関の名称	JA 秋田厚生連大曲厚生医療センター　℡ 0187-63-2111
所在地	秋田県大仙市大曲通町８－６５
診療科	内科･外科･消化器科･脳神経外科･泌尿器科他

医療機関の名称	医療法人明和会　大曲中通病院　　℡ 0187-63-2131
所在地	秋田県大仙市大曲上栄町４－３
診療科	内科･外科

医療機関の名称	市立角館総合病院　　℡ 0187-54-2111
所在地	秋田県仙北市角館町岩瀬字上野 18
診療科	内科･呼吸器科･外科･整形外科･脳神経外科他

医療機関の名称	ながさか歯科医院　　℡ 0187-56-2255
所在地	秋田県大仙市北長野字茶畑 55-1
診療科	歯科

医療機関の名称	米沢歯科医院　　℡ 0187-56-4460
所在地	秋田県大仙市長野字六日町 68
診療科	歯科

(2) ご利用者の医療

①病気やケガの治療は、嘱託医又はご利用者が選択する医療機関で受診していただきます。

②嘱託医の出張診療日は、やむを得ない場合を除き毎週火曜日です。

③ご利用者が急変した場合の緊急対応措置を行います。

④ご利用者が入院の必要となった場合、医療機関を紹介します。

⑤医療保険制度で支給される医療費以外の費用は、ご利用者の負担となりますが、送迎については無料です。

⑥通院時の付き添い、入退院時の移送は致しますが、入院中の付き添いはいたしません。

12. 非常時災害時の対策

〔非常時の対応〕　「特別養護老人ホーム桜寿苑　消防計画」により対応します。

〔非常通報の体制〕　自動通報設備により、消防署と全職員での連絡体制を確保しています。

〔近隣との協力〕　登町･野口前部落及び介護老人保健施設八乙女荘非常時の応援協力体制を確保しています。

〔避難訓練〕　夜間及び昼間を想定した避難訓練をご利用者・職員の参加で年２回実施しています。

〔防災設備の概要〕　非常通報設備、消火栓８箇所、消火器３０器　他

13. 施設ご利用の際に留意いただく事項

〔来訪・面会〕　来訪者は、必ずその都度面会票にご記入下さい。又、食品の持込については職員にご相談下さい。

〔外出・外泊〕　外出・外泊の際には、必ず行き先と帰宅予定時間等を職員に申し出の上所要の手続をして下さい。

〔居室・設備・器具の使用〕　施設内の居室や設備・器具は、本来の用途に従ってご利用下さい。これに反したご利用により、破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

〔喫煙・飲酒〕　施設内外禁煙です。医師による制限がない限り食事時の飲酒は可能（制約有り）です。

〔迷惑行為〕　喧嘩、暴行、中傷、口論など他人に対する迷惑行為はしないで下さい。

〔所持品の管理〕　原則的に所持品は、日常生活用品に限り、貴重品は避けていただきます。

〔現金等の管理〕　現金等の管理を施設に依頼することができます。
主な内容は、下記のとおりです。
（金銭等の管理形態）金融機関の通帳を施設で管理します。
（お預かりするもの）預金通帳と通帳印
（保管場所）預金通帳は事務室保管庫、印鑑は金庫
（保管管理者）施設長が責任をもって管理します

〔宗教・政治活動〕　施設内で他の人に対して、自身の信心している宗教活動や政治活動を強要しないで下さい。

〔動物の飼育〕　禁止とさせていただきます。

14. 苦情の受付

(1)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。

○当施設苦情受付窓口（担当者）

職　名　生活相談員　　倉　田　侃

○受付時間

毎週月曜日から金曜日（ただし、祝日等は除く）

８：３０　～　１７：１５

○他に「投書箱」も設置しておりますのでご利用下さい。また、苦情解決責任者及び第三者委員の連絡先等を施設内に掲示しております。

(2)当施設以外でも苦情を受け付けております。

○大仙市役所（地域包括支援センター）電話　0187-63-1111

○仙北市役所（地域包括支援センター）電話　0187-43-2283

○秋田県国民健康保険団体連合会　　電話　018-883-1551

○秋田県社会福祉協議会（福祉サービス相談支援センター）

電話　018-864-2726

○大曲仙北広域市町村圏組合介護保険事務所

電話　0187-56-3910

15. 身体的拘束の禁止について

原則として、ご利用者様の自由を制限するような身体的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利用者様及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際のご利用者様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。

16. 事故発生時の対応について

事故発生の際は、直ちにご家族及び保険者等（市町村）に連絡し必要な措置を講じるとともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

また、サービスの提供にあたり賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその損害を賠償いたします。

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、本書面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桜寿苑

説明者職名　生活相談員　　氏　名　　倉　田　侃　　印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意し、受領いたしました。

利　用　者

［住　　所　］ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［氏　　名　］ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代筆・本人との関係

［氏　　名　］ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿［関　係］＿＿＿＿＿＿

身元引受人（連帯保証人）

［住　　所　］ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［氏　　名　］ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（続　柄　　）