

指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム希望苑 重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号0572250165)

1. 事業者

設置者の名称 社会福祉法人琴丘ふくし会
運営者の名称 社会福祉法人琴丘ふくし会
運営者代表名 理事長 飯塚 一夫
所在地 秋田県山本郡三種町鹿渡字町後251番地
他の主な事業 短期入所生活介護事業(専用12名)
通所介護事業(定員25名)
認知症高齢者グループホーム(定員9名)
居宅介護支援事業

2. 事業の目的と運営の方針

(事業の目的)

この事業は、福祉サービスを必要とする者が、心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように援助することを目的とする。

(運営方針)

施設は、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、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うことにより、利用者がその有する能力に応じ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サービスを提供するように努め、明るく家庭的雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村をはじめとする各関係機関と密接な連携に努める。

3. 施設の概要

施設の名称 特別養護老人ホーム希望苑
施設の種別 指定介護老人福祉施設
施設長 渡辺 正範
開設年月日 平成元年4月1日
所在地・電話 秋田県山本郡三種町鹿渡字町後251番地
電話0185-87-3130
FAX0185-87-2497
交通の便 奥羽本線鹿渡駅下車徒歩20分
敷地概要 6,589.55㎡ 法人自己所有
建物概要 RC造り平屋建て・延べ床面積2,140.50㎡

定 員 52人

- (1) 居室 4人部屋 12室
2人部屋 1室
個室 2室

利用に際しては短期入所介護利用者と同室となるときがあります。

(2) 主な共用設備

- 1 玄関
- 2 事務室
- 3 介護職員室・看護職員室・医務室・静養室
- 4 相談室
- 5 食堂・ホール
- 6 浴室
- 7 洗濯室
- 8 トイレ・洗面所
- 9 機能訓練室
- 10 霊安室

(3) その他

各個人用ベッド・全てのトイレ・浴室にナースコールの設置

各個人用にタンス・サイドキャビネットの設置

車椅子・歩行器の貸与

4. サービスの内容

(1) 入所対象者

当施設に入所できる方は、原則要介護度3以上の方が対象となります。

入所時に要介護認定を受けている方であっても、入所後に要介護認定者でなくなった場合は、施設を退所していただくことになります。

(2) 介護保険基準サービス

介護度に応じた施設サービス計画を作成し、利用者の承諾のもと計画に応じた介護サービス（食事：入浴：排泄援助：生活援助等）を提供します。

種 類	内 容
【介護全般】	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。
【食 事】	1日3食（定食方式）、食堂内配膳 イベント食（年4回） 選択食（月4～5回） 外食会・出前昼食会（企画あり） 利用者とともに作る手作り料理（随時） それぞれ病態に応じた食事を提供します。
【入浴や清拭】	基本的には週2回以上、病態により入浴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行います。(定期交換標準8回、ほか随時)

【個別機能訓練】日常生活を送る上で必要な生活機能の改善・維持のため専従の機能訓練指導員が、個別機能訓練計画に従った訓練を実施し、3ヶ月毎にその評価をして、ご利用者またはご家族に説明をいたします。

【相談・援助】 利用者や必要に応じて家族に対して生活・介護・環境等に関する相談・助言を行います。

【社会的便宜の提供】

レクリエーション・行事などの提供のほか、住所変更や要介護認定の手続等の代行を行います。

【生活サービス】 シーツ交換、居室の清掃、施設内で可能な洗濯を提供します。

【健康管理】 週1回の嘱託医による回診と嘱託医の指示による医療処置、年2回の定期健康診断・健康相談を行います。

【その他】 クリーニング取次ぎ、宅配便・郵便物の取次ぎを行います。

(1) 介護保険基準外サービス

種 類 内 容

【理髪・美容】 理容師・美容師が来苑し、散髪・カットと顔剃りのサービスをご利用いただけます。(実費)

本人の希望で美容室等へ外出支援も行います。(実費)

【買い物】 利用者及びご家族が自ら購入できない場合は、担当介護職員が代行します。また、購入したい品物をFAX注文により、取り寄せることもできます。外出支援の際に職員とともに買い物することもできます。

5. 利用料

(1) サービス利用料金(1日あたり)

下記料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事と居室に係る標準自己負担額の合計金額をお支払ください。(サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。)

(以下は1割負担の場合の料金表です。)

(令和6年6月1日現在)

ご利用者の要介護度とサービス利用料金		介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5
	多床室 従来個室	5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円
日常生活継続支援加算		360円	360円	360円	360円	360円
夜勤職員配置加算		130円	130円	130円	130円	130円
個別機能訓練加算Ⅱ		200円	200円	200円	200円	200円
看護体制加算		40円	40円	40円	40円	40円
科学的介護推進体制加算Ⅱ		1,666円	1,666円	1,666円	1,666円	1,666円
褥瘡マネジメント加算		1円	1円	1円	1円	1円
排せつ支援加算		3.3円	3.3円	3.3円	3.3円	3.3円

個別機能訓練加算Ⅱ	0.66	0.66	0.66	0.66	0.66
-----------	------	------	------	------	------

処遇改善加算 1.4%	多床室 従来個室	917円	1,015円	1,117円	1,215円	1,311円	
2. 処遇改善加算 を加えた合計	多床室 従来個室	7,463円	8,261円	9,093円	9,891円	10,678円	
3. サービスに係 る自己負担額(2 ×10%)	多床室 従来個室	746円	826円	909円	989円	1,067円	
4. 居室に係る自 己負担額	多床室	第4段階855円、(第2～第3段階の場合)370円、 第1段階の方は、かかりません。					
	従来個室	第1段階320円・第2段階420円・第3段階820円・第4段階1,171円					
5. 食事に係る自己負担額		第1段階300円・第2段階390円・第3段階①650円、②1,360円・ 第4段階1,445円					
6. 自己負担 の合計額(3 +4+5)	第1	多床室	1,046円	1,126円	1,209円	1,289円	1,367円
		従来個室	1,366円	1,446円	1,529円	1,609円	1,687円
	第2	多床室	1,506円	1,586円	1,669円	1,749円	1,827円
		従来個室	1,556円	1,636円	1,719円	1,799円	1,877円
	第3	多床室①	1,766円	1,846円	1,929円	2,009円	2,087円
		多床室②	2,476円	2,556円	2,639円	2,719円	2,797円
		従個室①	2,216円	2,296円	2,379円	2,459円	2,537円
		従個室②	2,926円	3,006円	3,089円	3,169円	3,247円
	第4	多床室	3,046円	3,126円	3,209円	3,289円	3,367円
		従来個室	3,362円	3,442円	3,525円	3,605円	3,683円

※ 3の自己負担額は、合計所得金額が220万円以上(単身で年金収入のみの場合344万円)以上の方は3割負担、合計所得金額が160万円(単身で年金収入のみの場合、年収280万円)以上の方は2割負担となります。それ以下の方は1割負担です。

※ 上記の金額のほか、ご利用者の状況等により以下の料金をいただくことがあります。

◎ 経口移行・経口維持加算(28円※著しい誤嚥でない方は、5円): 医師が誤嚥と認め
たときは、加算されます。

◎ 外泊加算(246円): 入院や帰省等1泊ごとに加算。外泊初日と最終日を除きます。
1ヶ月6日間、最高12日間に限り加算。

◎ 初期加算(30円): 入所した当初30日間に限り加算。

◎ 看取り介護加算(死亡以前31日～45日前まで72円、4～30日まで1日144円、
死亡日の前日・前々日680円・死亡当日1,280円): 医師が終末期にあると判断
した利用者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人または家族等の同意
を得ながら看取り介護を行った場合に加算。

- ☆ 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。
- ☆ ご利用者が介護保険料に未納がある場合には、負担額については「サービス利用料金表」と異なる場合があります。

(2) (1) 以外のサービス

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。

- ① 理髪・美容
- ② 特別な食事（お酒等を含みます。）
- ③ 洗 濯 クリーニング店の種別料金表によります。
- ④ 買い物代行 品物の購入代金の実費
- ⑤ 利用者の選定により提供するもの
日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるもの
レクリエーション費用・クラブ活動費用・日常生活品の購入代金・嗜好品の購入代金
- ⑥ 契約終了後の居室利用料金（1日あたり）

※ 利用料金（1）と（2）は毎月中旬にご請求しますので、原則として毎月25日頃にご指定の預金口座より引き落としとさせていただきます。なお、お小遣いとして若干の現金をお預かりすることもあります。

6. 協力医療機関と医療

(1) 嘱託医師及び医療機関

鹿渡内科医院 楊 国 英 回診：毎週金曜日2時間

(2) 協力医療機関

名 称	湖東厚生病院
所在地	八郎潟町
電 話	018-852-3737
診療科目数	18科
施設からの距離	15km（車で20分）
救急指定	なし
名 称	能代厚生医療センター
所在地	能代市
電 話	0185-52-3111
診療科目数	20科
施設からの距離	23km（車で35分）
救急指定	有

(3) 利用者の医療

- 1 病気やけがの治療は施設の嘱託医師又は利用者が選択する医療機関で受けていただくことになり、医療費は医療保険制度で支給される以外の費用は利用者負担となります。

- 2 通院時の付き添い、入退院の移送はいたしますが、入院中の付き添いはしません。
- 3 なお、入院が3ヶ月以上にわたると認められ場合は退所となります。

7. 入所状況

(令和6年4月1日現在)

入所者数 52名(定員52名)

入所者内訳 男性5名 女性47名

平均年齢 90.2歳(男性87.6歳、女性90.6歳)

職員の配置と勤務体制

以下は入所定員52名、短期入所12名を含む体制です。

職 種	職員数	夜間勤務職員数	備考(資格等)
施設長	1		
生活相談員	1		介護支援専門員1
看護職員	3		看護師3
介護職員	28	4	介護福祉士23 介護支援専門員兼務1
医師	1		嘱託医師1
機能訓練指導員	1		看護師1
管理栄養士	1		管理栄養士1
事務職員	3		
その他	5	1	用務員1洗濯員2宿直員2
職員合計	44	5	

平均勤務体制(介護職員・看護職員)

早 番 7:00~16:00 3人

日 勤 9:00~18:00 5人(看護師含む)

遅 番 10:00~19:00 3人

夜 勤 17:30~ 9:30 4人

※ なお、看護職員は当番にて夜間待機制をとり、急変時に対応します。

管理宿直者17:30~8:30 1人

8. 非常災害時の対策

非常時の対応 別に定める「社会福祉法人琴丘ふくし会防災計画」により対応します。

非常通報の体制 非常通報体制は、非常通報装置により三種消防署及び琴丘地区消防団第1分団長のほか職員7名へ自動的に通報され、緊急連絡網により全職員が呼集される体制を確保しています。

訓練と防災設備 別に定める「特別養護老人ホーム希望苑消防計画」により年2回夜間及び昼間の避難訓練を職員と利用者および地域住民や関係機関を交えて実施します。消火栓、消火器及び自動火災報知器、煙感知器、防火扉などを定期的に専門業者の点検と自己点検を実施します。

9. 衛生管理

施設は、利用者の使用する食器その他設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は措置を講ずるとともに医薬品や医療器具の管理を適正に講ずるよう努めます。

10. 感染症の予防及びまん延防止のための措置

当該施設において感染症又は食中毒が発生し、又は蔓延しないよう次の措置を講じます。

- (1) 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を3カ月に1回以上定期的を開催するとともに、その結果を職員に周知します。
- (2) 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 施設において、職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的を実施します。

11. 虐待防止に向けた体制等

虐待防止に向け、次のことを実施します。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止の指針を整備し、虐待防止等の相談および苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。高齢者虐待防止委員会は、場合により他の委員会と一体的に行うことがあります。
- (3) 職員は年2回以上、虐待発生の防止のための研修を受講します。
- (4) 前項の措置を適切に実施するため、専任の担当者を置きます。
- (5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のため協力します。また、発生の原因と再発防止策について、高齢者虐待防止委員会にて協議し、その内容について、職員へ周知するとともに、市町村関係者に報告を行い再発防止に努めます。

12. 身体拘束等の禁止

施設は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- 2 施設は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- 3 施設は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員へ周知徹底します。
 - (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - (3) 職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的を実施します。

13. 業務継続計画（BCP）の策定等

施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実

施するため、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるよう努めます。

2 施設は、職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

3 施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. 記録の整備

施設は、職員、設備および会計に関する記録を整備しなければならない。

2 施設は入所者に対する指定介護福祉施設サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

- (1) 施設サービス計画
- (2) サービス内容等の記録
- (3) 身体拘束等の様態及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急役を得ない理由の記録
- (4) 市町村等への通知に係る記録
- (5) 苦情の内容等の記録
- (6) 事故の状況および事故に際してとった措置についての記録

15. 職場におけるハラスメントの防止

施設は、ハラスメント（セクシャルハラスメント・パワーハラスメント・カスタマーハラスメント等）を防止するための指針を整備し、次の対策を行います。

- (1) 職場におけるハラスメントの内容及びハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業員へ周知・啓発を行います。
- (2) ハラスメントの相談に応ずる窓口と担当者を定め、従業員に周知します。

16. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

事故補償 介護サービス提供上、不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、利用者・施設双方で協議することとします。

来訪・面会 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度面会票に利用者氏名と自分の氏名及び利用者との関係を記入してください。

外出・外泊 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅予定時間を届け出てください。

設備・器具の使用

施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって利用してください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがございます。

喫煙・飲酒 喫煙は施設敷地内では、ご遠慮ください。喫煙・飲酒については、個人負担となります。

居室等での飲酒はご遠慮ください。また、健康上飲酒を止められる場合もあります。

迷惑行為 けんか、暴行、中傷、口論など他人に対する迷惑行為はしないでください。

所持品の管理

入所時に所持品届出書を提出していただきます。なお、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される場合は施設に預けることができます。
預かり金は「入居者預り金管理規程」により管理させていただきます。
主な内容は次のとおりです。

管理する金銭等の形態：少額の現金で管理します。

保管管理者：施設長が責任をもって管理します。

ただし、入所者及び身元引受人に毎月報告します。また、毎月領収書等を送付します。

宗教活動・政治活動

施設内で他人に対して、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ください。

動物飼育

他の方の迷惑となるため、ご遠慮願います。

17. 入所・退所等

入所の詳細は契約書、運営規程、管理規程等に基づき開始されます。また、契約書、運営規程上の契約の解除項目に該当する場合は退所することになります。

主な例は以下のとおりです。

- ① 利用料の滞納や伝染性疾患の罹患と治療上の必要性、利用者本人の行動による他利用者への影響
- ② 介護認定の変更による入所該当外の認定結果の場合
- ③ 3ヶ月以上の入院の場合

18. 身元引受人及び連帯保証人

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いただきます。

- ・当施設は「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。
- ・また、引き渡しに係る費用については、身元引受人にご負担いただきます。

- 2 連帯保証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30万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人から請求があった場合には、本会及び施設は、連帯保証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、利用者全ての債務の額等に関する情報を提供します。

19. 介護サービス記録の利用者への開示

- (1) 当事業所は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「個別サービス提供記録」等の書面に、提供したサービス内容等を記録します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに「施設サービス計画書」の見直しを行い、前項の「個別サービス提供記録書」などにその内容を記録します。
- (3) 事業所は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録作成した後、2年間はこれ

を適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。

20. 苦情受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（担当者）生活相談員 大山美香
- 苦情解決責任者 施設長 渡辺正範
- 苦情受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分
- 苦情受付ボックスを玄関前に設置しております。

(2) 第三者委員

- 利用者の立場や特性に配慮し、中立・公平な立場で話し合い、助言を行う委員
小玉陽三 山本郡三種町天瀬川字三倉鼻75 電話0185-87-3550
篠田健三 山本郡三種町鹿渡字腰巡13 電話0185-87-2866

(3) 行政機関その他苦情受付機関

三種町介護保険担当課	山本郡三種町鵜川字岩谷子8	電話0185-85-2137
国民健康保険団体連合会	秋田市山王4丁目2-3	電話018-862-3850
秋田県社会福祉協議会	秋田市旭北栄町1-5	電話018-864-2711

※保険者が三種町以外の方は別途お知らせいたします。

21. 事故発生時の対応

当事業所は、契約者に対する介護の提供により、事故が発生した場合は、市町村、ご契約者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事態が発生した場合は、その原因を調査解明し、再発防止に努めるとともに速やかに損害の賠償を行います。

22. 個人情報等の取扱いについて

当事業所は、ご利用者及びご家族の個人情報を取り扱うにあたっては、下記の利用目的以外には使用しません。個人情報の使用にあたっては、ご利用者及びご家族から同意を得ることとします。

- ① 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- ② ご利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦ その他サービス提供で必要な場合
- ⑧ 上記に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

23. サービスの第三者評価の実施状況について

当施設では提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点からの評価は、現在行っておりませんが、保険者や県の指導を仰ぎながら利用者本人とご家族の意向に沿ったサ

ービスに努めております。

私は、本書面に基づいて施設介護サービス利用契約書（乙）の職員
（職名 生活相談員 氏名 大 山 美 香）から上記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を受けることに同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____
氏 名 _____ 印

上記代理人

住 所 _____
氏 名 _____ 印