

指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、ご利用上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 当事業所では、入所者に対して介護保険法に基づく施設介護サービスを提供致します。当サービスの利用は、介護保険法で要介護認定（要介護3から要介護5）を受けた方が対象となります。

◆内 容◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業所設備の概要
4. 職員の体制
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. サービス利用
7. 個人情報の保護
8. 記録、情報管理、開示
9. 損害賠償保険への加入
10. 苦情の受付について
11. 事故 緊急時の対応について
12. サービスに質の確保
13. 協力病院
14. 非常災害対策
15. 身元引受人

南寿園

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 秋田県厚生協会
所在地	秋田県秋田市寺内後城6-41
電話番号	018-880-1050
代表者名	理事長 秋山 宣二
設立年月	昭和40年 5月11日
事業者が行っている他の主な事業	第一種社会福祉事業 第二種社会福祉事業

2. 事業所の概要

事業所種類	指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 南寿園
指 定 日	平成12年 3月30日
指 定 番 号	0570150284
事業所の所在地	秋田県秋田市上北手猿田字後谷地108-3
電 話 番 号	TEL018-829-0700 FAX018-829-0666
管 理 者 名	淀川 昌之
開 設 年 月 日	平成12年4月1日
併 設 業 務	指定短期入所生活介護事業・指定通所介護事業・指定居宅介護支援事業 ・指定訪問介護・ケアハウス 指定介護予防短期入所生活介護事業・第一号通所介護事業 第一号訪問介護事業

3. 事業所設備の概要

定 員	70名 (内ショート20名)	静 養 室	1室
多床室4人部屋	14室 (1室24.3㎡)	医 務 室	1室
多床室2人部屋	1室 (1室18.0㎡)	食 堂	1室
従来型 個室	12室 (1室11.25㎡)	機能訓練室	1室
浴 室	一般浴槽 (15.8㎡) 特殊浴槽 (1台)	面 会 室	1室
		娯 楽 室	1室
ト イ レ	一般浴脱衣所、1・2ブロック中央、3ブロック中央に各1カ所		

4. 職員の体制

＜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	常勤専任	常勤兼任	非常勤専任	非常勤兼任	備 考
管 理 者		1名			
医 師				3名	
介護支援専門員		1名			常勤兼任 1名（特養相談員兼任）
生活相談員	1名	2名			常勤専任 1名（短期入所相談員） 常勤兼任 1名（短期・訪問管理者兼任） 常勤兼任 1名（特養介護支援専門員兼任）
介 護 職 員	23名		7名		介護福祉士 25名
看 護 職 員	3名	2名			常勤兼任 2名（特養機能訓練指導員） （デイ機能訓練指導員及びデイ看護職員兼務）
栄 養 士		1名			管理栄養士

【夜間の職員体制】 ・介護職員 4名 ・管理宿直職員 1名

- ※ 夜間看護職員は不在となりますが、当番制で緊急時に駆け付ける（オンコール）体制をとっています。
- ※ 当事業所では、入所者に対して、介護老人福祉施設サービスを提供する職員として上記職員を配置しています。また、短期入所生活介護事業所南寿園ショートステイと一体的な職員配置をしております。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「施設介護サービス計画」及び「栄養ケア計画」とサービス内容

① 施設介護サービス計画の立案、作成

計画担当介護支援専門員並びに管理栄養士が入所者の概況を調査し、入所者及びご家族の希望を伺いながら施設サービス計画及び栄養ケア計画の原案を作成します。それをもとにサービス担当者会議において検討し、その内容を入所者及びご家族にご確認いただき、同意を得た上でサービス提供いたします。

② 食事サービス

一日三食（定食方式）で食堂に配膳致します。また、それぞれの身体状況に応じた食事、食事場所を提供致します。

食事時間；朝食…7：15～ 昼食…11：45～ 夕食…18：00～

③ 入浴サービス

基本的に週2回以上入浴を実施致します。身体状況等により入浴が困難な場合は清拭を実施致します。

④ 排泄介護

心身の状況に応じ、適宜適切な方法で、排泄自立を目指します。困難な場合はおむつ等を使用し適切な援助を行います。

⑤ 機能訓練

個々の状況に応じ、日常生活を送るうえで必要な生活機能の改善・維持のための機能訓練を生活ケアの中で行います。

⑥ 生活相談

入所者、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。

⑦ レクリエーション

季節に応じた各種行事の他、誕生会等があります。ご自由にご参加頂けます。

- ⑧ 事務代行
入所者や家族（身元引受人）の希望により、別途事務代行委託契約を締結頂いた上で代行いたします。
- ⑨ 日常費用支払代行
入所者や家族（身元引受人）の希望により、別途金銭管理委託契約を締結頂いた上で代行致します。
- ⑩ 所持品管理
居室のスペースの範囲内において、所持品の持ち込みは可能ですが、ペット類の持ち込みはご遠慮願います。
- ⑪ 理美容
出張による理髪サービスを利用頂けます。
- ⑫ 飲酒・喫煙
所定の場所で可能です。飲酒につきましては、確認事項がございますので、希望される方はお申し出下さい。

(2) 施設利用料金（日額目安）

①多床室入所の場合

要介護度 認定区分	介護 サービス 費用	食 費 (基準費用額)	嗜好飲料 料 金	居住費 (基準費用額)	日常生活 継続支援 加 算	科学的 介護推進 体制加算	夜勤職員 配置加算	看護体制 加算ⅠⅡ	経口維持 加算Ⅰ・Ⅱ	合 計
要介護1	589円	1,445円	100円	915円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,144円
要介護2	659円	1,445円	100円	915円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,214円
要介護3	732円	1,445円	100円	915円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,287円
要介護4	802円	1,445円	100円	915円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,357円
要介護5	871円	1,445円	100円	915円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,426円

②従来型個室入所の場合

要介護度 認定区分	介護 サービス 費用	食 費 (基準費用額)	嗜好飲料 料 金	居住費 (基準費用額)	日常生活 継続支援 加 算	科学的 介護推進 体制加算	夜勤職 員 配置加 算	看護体制 加算ⅠⅡ	経口維持 加算Ⅰ・Ⅱ	合 計
要介護1	589円	1,445円	100円	1,231円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,460円
要介護2	659円	1,445円	100円	1,231円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,530円
要介護3	732円	1,445円	100円	1,231円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,603円
要介護4	802円	1,445円	100円	1,231円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,673円
要介護5	871円	1,445円	100円	1,231円	36円	40円/月	22円	19円	500円/月	3,742円

※ 上記利用料金に加えて食費、居住費、嗜好飲料料金を除いた合計単位数を参照し介護職員等処遇改善加算Ⅰ(14.0%)が算定となります。

- ※ 保険者へ食費基準費用額及び居住費の減額申請をすることで、減額・免除を受けられる場合があります。また高額介護サービス費の支給申請も可能です。詳細についてはお尋ね下さい。
- ※ 法定代理受領を前提とした日額です。
- ※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合がございます。その場合は一旦利用料金全額をお支払い頂きます。お支払い頂きますとサービス提供証明書を発行致します。その証明書を保険者に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます
- ※ 食費基準費用額及び居住費についての負担限度額は、介護保険制度により年金他の年間収入額により4段階の階層に区分され、保険者によって決定いたします。（下記 表参照）
- ※ 嗜好飲料料金に関しては嗜好飲料を希望されない場合は請求いたしません。

利用者負担階層	食費負担限度額	居住費負担限度額 (多床室)	居住費負担限度額 (従来型個室)
利用者負担第1段階	300円	0円	380円
利用者負担第2段階	390円	430円	480円
利用者負担第3段階①	650円	430円	880円
利用者負担第3段階②	1,360円	370円	880円
利用者負担第4段階	1,650円	915円	1,231円

◎平成27年8月1日以降、秋田市より「介護負担割合証」が送付されます。証書内容によっては介護サービス費、介護給付サービス加算が2割負担もしくは3割負担となる場合がありますのでご確認下さい。

◎令和3年8月1日から在宅で暮らす方との食費・居住費に係わる公平性や負担能力に応じた負担を図る観点から、一定額以上の収入や預貯金等をお持ちの方には食費の負担額の見直しを行います。（厚生労働省通知文書より抜粋）

◎令和6年8月1日から社会福祉施設の基準費用額（居住費）の見直しがあります。令和4年度の家計調査における高齢者世帯の高熱・水道費は令和元年度に比較して上昇しており、在宅で生活する者との負担の均衡を図る観点や、令和5年度介護経営実態調査の費用の状況等を総合的に勘案し基準費用額（居住費）を60円/日引き上げる。

（厚生労働省告知改正より抜粋）

③その他の介護給付サービス加算については下記の通りです。

加算名	具体的な加算／算定内容	金額	適用
初期加算	新規入所及び1ヶ月以上の入院後、再入所した場合、30日間加算	30単位／日	○
入院・外泊時費用	入院及び外泊の場合連続して6日間、月をまたがる場合は最大で連続12日間加算	246単位／日	○
日常生活継続支援加算	算定日の属する月の前六月間又は前十二月における新入所の総数のうち、要介護状態区分が要介護4以上70%以上。算定日の属する月の前六月間又は前十二月における新入所の総数のうち、認知症日常自立度Ⅲ以上65%以上 介護福祉士の割合が入所者の百分の十五以上いづれか。	36単位／日	○
科学的介護推進体制加算	科学的介護システムLIFEを用い、施設サービスの質を常に向上させていくためPDCAサイクルにより質の大会サービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努める。他	40単位／月	○
栄養マネジメント強化加算	栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、原則として入所者全員に対して実施すべき者であること。施設に常勤の管理栄養士を1名以上配置して行う。他	11単位／日	
褥瘡マネジメント加算 Ⅰ、Ⅱ	入所者毎に褥瘡発生関連リスクについて、施設入所時等定期的に評価する。入所時評価の結果、褥瘡発生リスクがある入所者に、褥瘡発生がないこと。他	Ⅰ：3単位／月 Ⅱ：13単位／月	
療養食加算	医師の指示に基づく療養食を提供した場合。	6単位／食事毎	○
夜勤職員配置加算	夜勤を行う職員の数が最低基準を1名以上上回っている。他	22単位／日	○
口腔衛生管理加算Ⅰ	歯科医師又は歯科衛生士による口腔ケアの助言及び指導が月1回あり、また口腔ケア計画が作成されている場合。他	90単位／月	○
協力医療機関関連加算	相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している	Ⅰ：50単位／月 Ⅱ：5単位／月	
安全対策体制加算	安全対策担当者を定め事故発生防止、発生時の適切な対応を行う。他	20単位(初回のみ)	○
認知症チームケア 推進加算	認知症の行動・心理症状(BPSD)の発言を未然に防ぐため、あるいは出現時に早期に対応するための平時からの取り組みを推進する。他	Ⅰ：150単位／月 Ⅱ：120単位／月	
看護体制加算(Ⅰ)	常勤の看護師を配置している。	6円／日	○
看護体制加算(Ⅱ)	配置看護職員の勤務時間数を常勤の看護職員が勤務すべき時間数で除した数が、利用者数25またはその端数を増すごとに1以上となる場合に算定。他	13円／日	○
生産性向上体制加算	介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図る観点から、介護ロボットやICT等のテクノロジーの導入、継続的な業務改善の取り組み、一定期間ごとの効果を示すデータの提供等を評価する。他	Ⅰ：100単位／月 Ⅱ：10単位／月	
経口維持加算Ⅰ	経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している。他	400円／月	○
経口維持加算Ⅱ	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合は、1月につき所定単位数を加算する。	100円／月	○
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	介護職員等の確保に向けて介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう、従前の「介護職員処遇改善加算」「介護職員等特定処遇改善加算」「介護職員等ベースアップ等支援加算」について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行う。他	所定単位数の1000分の140に相当する単位数(注1)	○

(注1) 所定の単位数は、基本サービス費に各加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定基準額の算定対象から除外する。

(3) その他の料金(実費自己負担)

別紙価格表をご覧ください。

買い物等個人的に希望される事項、または日常生活上で通常必要になるもの(例えば歯ブラシや歯磨き粉、理美容代、歯科診療による指示の口腔ケア用品「マウスポンジ」)は自己負担となります。

(4) お支払い方法

前記(2)及び(3)の料金のご利用月ごとに計算し、翌月5日まで請求致しますので、15日までお支払い下さい。お支払い頂きますと領収書を発行いたします。

ア. 窓口での現金支払い イ. 預かり金からの支払い代行 ウ. 下記指定口座への振り込み 北都銀行 桜支店 普通預金 0099687

6. サービス利用

(1) 利用申込

原則として担当介護支援専門員を通じてお申し込み下さい。(尚、直接申し込まれた場合でも受け付けます。)

(2) 退 所

- ① 入所者の希望で退所される場合は、退所する希望の7日前までにお申し出下さい
- ② 以下の場合は、双方の通知がなくとも、自動的にサービスを終了させていただきます。
 - ・入所者が他の介護保険施設に入所(院)された場合。
 - ・平成21年4月1日以降、要介護認定に区分が非該当(自立)または要支援1もしくは要支援2と介護認定更新時に認定された場合は、退所となります。その際は地域包括支援センター等と連携しつつ、必要とするサービスを利用できるよう必要な対応を行い、円滑に退所できるよう計ります。
 - ・入所者が身体的に医療機関での生活を必要とする場合。
 - ・入所者の方が亡くなられた場合。
- ③ その他
 - ・入所者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず30日以内にお支払い頂けない場合、又は入所者や家族(身元引受人)等が、当施設及び当施設従業者に対し、サービス提供を継続しがたい程の背信行為を行った場合は、文書で通知し退所して頂く場合があります。尚、背信行為の程度によっては即座にサービス提供を終了させていただきます場合があります。
 - ・入所者が病院等に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上退所していただく場合がございます。この場合、退院後に再入所を希望される場合はお申し込み下さい。
 - ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、退所して頂く場合があります。尚、この場合、利用終了30日前までに文書で通知致します。

7. 個人情報保護

- ①入所者の個人情報は、当事業所の個人情報保護方針に基づいて個人情報の保護に努めます。
- ②入所者の個人情報は、当事業所の個人情報保護の利用目的を超えて取り扱いは致しません。
- ③入所者からの要望、苦情に対して窓口を設置し、迅速に対応します。

8. 利用者の記録、情報の管理、開示

- ・当施設では関係法令に基づいて、入所者の記録や情報を適切に管理し、入所者及び家族(身元引受人)の求めに応じてその内容を開示します。複写物をご希望の場合、A4サイズ1枚あたり10円の自己負担がございます。また、入所者の担当居宅介護支援事業所や他のサービス提供事業所との入所者のサービス提供に係るカンファレンス等において、情報を開示する場合がありますので、予めご承知おき下さい。

9. 損害保険への加入

- ・事業者は、サービス提供にするにあたって、事業者の責任と認められる事由によって入所者に損害を与えた場合には、速やかに入所者の損害を賠償します。但し、入所者に重大な過失が見られた場合及び不可抗力的に生じた損害、事故の補償については、入所者、事業者双方で誠意をもって協議することとします。

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名；（株）損害保険ジャパン

保険名；社会福祉施設総合損害補償

補償の概要；対物、対人賠償、お見舞い等

10. 苦情の受付 ※苦情解決の方法の手順としては別紙概要図参照

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、入所者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受付ます。

- 苦情受付窓口

相談課長	加藤 剛
介護員総括主任	鈴木 美紀子
- 苦情解決責任者

施設長	淀川 昌之
-----	-------
- 受付時間

当事業所通常業務時間内とします。

※但し緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。

(2) 第三者委員

当施設では、第三者委員を選任し、入所者本位のサービス提供に努めるためにサービスに対するご意見などをいただいております。入所者は、本事業所への苦情やご意見を「第三者委員」に相談することもできます。

〈第三者委員〉

氏 名	連 絡 先
鈴木 清春	電話 839-2295
熊谷 かよ	電話 839-3845

(3) 行政機関その他苦情受付機関

秋田市役所介護保険課 電 話 番 号	所在地：秋田市山王一丁目1番1 介護保険課 企画・給付担当 } 018-888-5674 施設管理 担当 } 認 定 担当 018-888-5675 秋田市長寿社会課 018-888-5666
秋田県社会福祉協議会 運営適正化委員会 福祉サービス相談支援センター	所在地：秋田市旭北栄町1番5号 電話番号：018-864-2726 FAX番号：018-864-2742 受付時間：9:00～17:00
秋田県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	所在地：秋田市山王4丁目2番3号 秋田県市町村会館 電話番号：018-883-1550 FAX番号：018-883-1551 受付時間：8:30～17:00

1 1. 事故・緊急時の対応

1. サービス提供中に、入所者の健康状態等が急変した場合は予め届けられた連絡先に速やかに連絡するとともに、必要な措置を講じます。（別紙「緊急連絡先」へ必ずご記入下さい。）
2. 当事業所は、サービス提供によって事故が生じた場合には、速やかに関係行政機関利用者の家族等に連絡して必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録すると共に、その原因を解明し再発防止に努めます。
3. 介護事故に対する安全管理体制の強化を図り、介護事故防止のため安全配慮義務に努めます。
4. 当施設は、上記1～3について別紙「南寿園 介護事故対応マニュアル」として、介護事故に対する安全管理体制の確保を基準上明確化いたしております。

1 2. サービスの質の確保について

(1) 感染症管理体制の強化

・当施設において感染症または食中毒が発生し、またはまん延しないよう感染症管理体制の徹底を図る観点から、感染症への対応方策を基準上明確化いたしております。

別紙 「南寿園における感染症対策」「新型コロナウイルス感染症マニュアル」
「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」参照

(2) 褥瘡防止対策

・介護または看護及び医学的管理の下における介護の基に、褥瘡が発生しないよう適切な介護に努めさせていただきます。

別紙 「南寿園 褥瘡防止対策マニュアル」及び「褥瘡予防計画書 綴り」参照

(3) 身体拘束廃止に向けた取り組み

・入所者に対する身体拘束・その他の行動は原則いたしません。尚、入所者の生命及び身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合においては、別紙『南寿園身体拘束廃止検討委員会 運営要領』に添って緊急やむ得ない場合に、身体拘束を実施する場合があります。その際はご家族へ都度説明し、同意をいただきます。また定期的な見直しを実施確認し、記録いたします。尚、身体拘束解除に向け、積極的に取り組みます。

(4) 高齢者虐待防止対策

・入所者が他者から不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれぬよう、高齢者虐待防止法の理念に基づき、必要な措置を講じます。

別紙 「南寿園 高齢者虐待防止対応マニュアル」参照

(5) 認知症ケア対策

・認知症状により行動障害が観察される入所者に対して、尊厳ある自立の支援を目標に、個人としての生活を尊重した個別ケアの充実を図ります。

別紙 「南寿園 認知症ケア対応マニュアル」及び
「行動障害 個別ケア推進会議録」参照

1 3. 協力病院

(1) 秋田赤十字病院

所在地；秋田市上北手猿田字苗代沢 2 2 2 - 1 電話 018-829-5000

(2) 御野場病院

所在地；秋田市御野場 2 丁目 1 4 - 1 電話 018-836-6141

(3) 細谷病院

所在地；秋田市南通宮田 3 - 1 0 電話 018-833-3455

(4) ひまわり歯科医院

所在地；秋田市外旭川字野村 2 0 1 電話 018-827-4140

1 4. 非常災害対策

- ・ 防災時の対応
別に定める「南寿園防災計画」による。
- ・ 防災設備
屋内消火栓、消火器、防火扉、粉末消火器、自動火災報知設備、スプリンクラー、非常警報設備、誘導灯 防火排煙
- ・ 防災訓練
年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、利用者にも参加頂き実施します。
- ・ 防災責任者
南寿園事務員総括主任 滝田 健幸

1 5. 身元引受人について

当事業所では入所者に対し、身元引受人を求めることがあります。但し身元引受人をたてることが出来ない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。身元引受人には次の事をお願い致します。

- ① 入所者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するよう協力して頂きます。
- ② 契約終了の場合、事業所と連携して入所者の状況に見合った適切な受け入れ先の確保に努めて頂きます。
- ③ 入所者が死亡された場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な手続きをして頂きます。

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設南寿園入所に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者氏名 施設長 淀川 昌之 印

説明者職名 氏名 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、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

入所者住所

入所者氏名 印

(署名代行者)

私は、下記の理由により、入所者【 】の意思
確認したうえ、上記署名を代行しました。

署名代行者住所

署名代行者氏名 印 (続柄)

署名を代行した理由

- 本人が筆記困難なため
 その他

家族もしくは
身元引受人住所

家族もしくは
身元引受人氏名 印 (続柄)

緊急時連絡先

氏名	(続柄：)
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
勤務先電話番号	

氏名	(続柄：)
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
勤務先電話番号	

氏名	(続柄：)
住所	
自宅電話番号	
携帯電話番号	
勤務先電話番号	

主治医

病医院名	診療科名
主治医名	電話番号