

「指定介護老人福祉施設特別養護老人ホーム吾妻園」

重 要 事 項 説 明 書 (20240601)

当施設は介護保険の指定を受けています。
(広島県指定 第97号)

当施設は、ご契約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通り説明します。

当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	3
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	5
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）	7
7. 残置物引取人	9
8. 苦情の受付について	9
9. 緊急時の対応について	10

1. 施設経営法人

- | | |
|-----------|---------------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 吾妻会 |
| (2) 法人所在地 | 広島県庄原市比和町比和 1190 番地 |
| (3) 電話番号 | 0824-85-2100 |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 友 貞 一 |
| (5) 設立年月 | 平成元年4月21日 |

2. ご利用施設

(1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・平成 12 年 3 月 29 日指定
広島県 第 97 号

(2) 施設の目的 老人介護

(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム吾妻園

(4) 施設の所在地 広島県庄原市比和町比和 1190 番地

(5) 電話番号 0 8 2 4 - 8 5 - 2 1 0 0

(6) 施設長(管理者)氏名 友 貞 丈 二

(7) 当施設の運営方針 老人福祉法の目的及び基本理念を基調に、入園者の人権、人格を尊重し、入園者の立場になって考え、個々の要求充足のため各種サービスの提供に努めます。又、日常生活の処遇では、家庭的な雰囲気的环境をつくり、喜びと希望をいただき、生きがいを持って生活できるよう援助を行います。

さらに、個々の状況に応じて、治療、訓練、リハビリテーション等への対応をします。職員は、親切をモットーに常に創意工夫並びに研修により専門職としての知識の向上を図り、健康で明るいホームづくりをめざしております。

(8) 開設年月 平成 2 年 4 月 1 日

(9) 入所定員 5 0 人

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、原則として 4 人部屋です。

居室・設備の種類	室 数	備 考
個室(一人部屋)	2 室	
4 人部屋	1 3 室	
静 養 室	1 室	
合 計	1 6 室	
食 堂	1 室	
機能訓練室	1 室	
浴 室	2 室	機械浴・特殊浴槽
医 務 室	1 室	

※ 上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用は、ありません。

☆ 居室の変更：ご契約者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、ご契約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、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置

当施設では、ご契約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〕※職員の配置については、指定基準を厳守しています。

職 種	指定基準
1. 施設長（管理者）	1 名
2. 介護職員	18 名
3. 生活相談員	1 名
4. 看護職員	2 名
5. 機能訓練指導員	1 名（兼）
6. 介護支援専門員	1 名
7. 医師	1 名（嘱託）
8. 栄養士または管理栄養士	1 名

〔主な職種の勤務体制〕

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎週 月曜日 14：00～16：00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝：07：30～08：45 4名 日中：09：00～17：00 6名 夜間：18：15～07：30 3名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中：08：30～17：00 2名

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

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
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合があります。 |
|---|

(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 割が介護保険から給付されます。

〔サービスの概要〕

①居室の提供

②食事

- ・ 当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食：7：45～8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：17：00～18：00

③ 入浴

- (ア)入浴又は清拭を週 2 回行います。又、必要に応じ随時入浴への対応もします。
- (イ)寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することが出来ます。

④ 排泄

- (ア)排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤ 口腔ケア

- (ア)寝たきりや自分で歯磨きできない利用者の口腔清潔を保つためケアを行います。

⑥ 健康管理

- (ア)医師や看護職員をはじめ関係職員連携のもとに健康管理を行います。

⑦ その他の自立への支援

- (ア)寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- (イ)清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

〔サービス利用料金（１日あたり）〕

下記の料金表によって、ご契約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と食事に係る自己負担額、居室に係る自己負担額の合計金額をお支払い下さい。金額上段は利用者負担１割の場合、下段の（ ）内は利用者負担２割の場合です。

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 6720 円	要介護 2 7420 円	要介護 3 8150 円	要介護 4 8850 円	要介護 5 9540 円
2. うち介護保険から給付される金額	6048 円 (5376 円)	6678 円 (5936 円)	7335 円 (6520 円)	7965 円 (7080 円)	8586 円 (7632 円)
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	672 円 (1344 円)	742 円 (1484 円)	815 円 (1630 円)	885 円 (1770 円)	954 円 (1908 円)
4. 居室に係る自己負担額	855 円				
5. 食事に係る自己負担額	1445 円				
6. 従来型個室に係る自己負担額	1171 円				
7. 自己負担額合計 (3+4+5)	2972 円 (3644 円)	3042 円 (3784 円)	3115 円 (3930 円)	3185 円 (4070 円)	3254 円 (4208 円)

上記 1 の利用料金には、看護体制加算 190 円、日常生活継続支援加算 360 円、夜勤職員配置加算Ⅲ280 円、が含まれています。協力医療機関連携加算 250 円/月、介護職員等処遇改善加算Ⅰ（14%）を乗じた金額の 1 割負担分または 2 割負担分は含まれていません。実費負担として管理費（通帳管理、買物代行、支払い代行等）月 1000 円、日用品費（歯みがき、ティッシュ等）1 日 100 円を別途頂きます。

☆ ご契約者がまだ介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全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戻されます。（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うため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。

☆ 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、ご契約者の負担額を変更します。

☆ 居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

☆ ご契約者が、短期入院又は外泊された場合にお支払いいただく 1 日あたりの利用料金は、下記の通りです。

1. サービス利用料金	2460 円
2. うち、介護保険から給付される金額	2214 円
3. 自己負担額（1－2）	246 円

2) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく居住費、食費

居住費	日額	855 円(多床室)	1171 円(個室)	／	食費	日額	1445 円
-----	----	------------	------------	---	----	----	--------

※ 上記は、介護保険の基準サービスとならないため、ご利用の際は、ご契約者に別途利用料金をご負担いただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

[サービスの概要と利用料金]

① 酒類の提供

利用料金：要した費用の実費

② 理髪・美容

[理髪サービス]

月に4回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：2000 円 ～3000 円（実費）

③ 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契約者の日常生活に要する費用でご契約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負担いただきます。

利用料金：実費

④ 電化製品の持ち込み料（電気使用料）

1 点につき 1,000 円 / 月 （テレビ、電気毛布、電気あんか、酸素濃縮装置等）

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。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 10 日までに以下のいず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。）

ア・窓口での現金支払	
イ・指定口座への振込み	広島みどり信用金庫 比和支店 普通預金 0052980 広島銀行 庄原支店 普通預金 0443816 ひろしま農業協同組合 比和支店 普通預金 0001972
ウ・金融機関口座から自動引落とし	広島みどり信用金庫 ひろしま農業協同組合 ゆうちょ銀行

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、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はありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

① 協力医療機関

医療機関の名称	庄原市立西城市民病院
所在地	〒729-5742 広島県庄原市西城町中野 1339 番地
診療科	内科 外科 整形外科 婦人科 歯科 専門外来

② 協力医療機関

医療機関の名称	総合病院 庄原赤十字病院
所在地	〒727-0013 広島県庄原市西本町 2 丁目 7 番 10 号
診療科	総 合

③ 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団慈恩会 坂口歯科医院
所在地	〒727-0301 広島県庄原市比和町比和 779-1

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期日は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、ご契約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契約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、ご契約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 ご契約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 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期限であっても、ご契約者から当施設から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・解除し、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 ご契約者が入院された場合
- ③ 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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 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
- ⑤ 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契約者の身体・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 他の利用者がご契約者の身体・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

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（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ことがあります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払が6ヶ月以上遅延し、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 ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者も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 ご契約者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見こまれる場合もしくは入院した場合
- ⑤ ご契約者が介護老人保健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

契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第20条参照）

当施設に入所中に、医療期間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か月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は、12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することが出来ます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院を超える入院については、3ヵ月以内に退院されたばあいには、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

③3ヵ月以内の退院が見込まれない場合

3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、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所することはできません。

〔入院期間中の利用料金〕

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保険施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 残置物引取人

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。（契約書第22条参照）

当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

8. 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専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 介護主任 西山 可奈子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

09：00～17：00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

庄原市役所高齢者福祉課介護保険係	所在地 庄原市中本町一丁目10番1号 電話番号・0824-73-1111 (代表) FAX・0824-72-3322 受付時間・午前8時30分～午後5時30分
国民健康保険団体連合会 保険介護部・介護保険課調査指導係	所在地 広島市中区東白島町19番49号 電話番号・082-554-0783 FAX・082-511-9126 受付時間・午前9時～午後5時
広島県社会福祉協議会	所在地 広島市南区比治山本町12番地の2 電話番号・082-256-3419 FAX・082-569-6161 受付時間・午前9時～午後5時

・第三者評価の有無 : 有 (無)

9. 緊急時の対応方法

事業者はサービス提供中に、利用者に事故等の緊急事態が発生した場合、次のとおり対応します。

- (1) 職員は、利用者に症状の急変が生じた場合は、速やかに入所者の家族へ連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに園長に報告し指示を受けるものとします。
- (2) 利用者に死亡又は医療機関での医療を必要とする事故が発生した場合には保険者である市町村へも連絡をするものとします。

令和 年 月 日

指定介護福祉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吾妻園

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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____ 氏 名 _____ 印 _____