

特別養護老人ホーム あやめ苑

# 重要事項説明書

当あやめ苑は利用者さまに対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。契約を締結する前に知っておいていただきたい施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意ください事項を次のとおり説明します。わかりにくいことがあれば遠慮なくご質問ください。



- 1 施設運営法人
- 2 利用施設案内
- 3 職員の職種と職務内容
- 4 提供サービス及び利用料金
- 5 施設退所事項及び身元引受人
- 6 利用中の医療提供
- 7 苦情受付
- 8 事故発生時の対応
- 9 緊急時における対応
- 10 身体拘束及び行動制限
- 11 虐待防止について
- 12 非常災害時の対策
- 13 利用者さまへのお願い

(令和7年度4月1日改定)

## 1 施設運営法人

- 1) 法人名 社会福祉法人 ひらか福社会
- 2) 法人所在地 秋田県横手市平鹿町浅舞字福田207番地4
- 3) 電話番号 0182-56-3002
- 4) 代表者氏名 理事長 畠山 尚弥
- 5) 設立年月日 平成18年10月23日

## 2 ご利用施設

- 1) 施設種類 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
- 2) 施設目的 要介護認定者の入所及びその介護サービスの提供
- 3) 施設所在地 秋田県横手市平鹿町浅舞字福田207番地4
- 4) 電話番号 0182-56-3002
- 5) 施設名称 特別養護老人ホーム あやめ苑
- 6) 施設長氏名 小田島 富男
- 7) 理念・方針

理 念	「その人らしく。」
方 針	①小規模ユニットごとに一つの家族として共に暮らしていく。 ②家族の一員として、共感する心を第一に支援する。 ③自分らしい生活を支援する為、寄り添うケアを介護のしくみとして職員全員で共有化する。

- 6) 入所定員 29人(併設するショートステイ14人を含むと全体で43人)

あやめ苑では食事、入浴、お茶の間などの暮らしの場をひとつのくくり(ユニット)とし、使いやすいようにしています。くくりの単位は7~10人で、その人たちが暮らしの仲間(家族)となります。暮らしをサポートする職員も固定配置されていますので顔なじみの人の関係が保てます。ユニットは全部で5箇所あります。少人数での家庭的な雰囲気を目指した運営を心がけております。また、全室個室ですので個人のプライバシーも守られ、気兼ねなく、思い思いの自分らしい暮らしを送ることができます。

### 3 職員の職種と職務内容

当施設では、利用者様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。

職 種	人 員	職 務 内 容
施 設 長	1名	施設運営全般を管理いたします。
生 活 相 談 員	1名以上	利用者さまの日常生活の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介 護 支 援 専 門 員	1名以上	利用者さまに係る施設サービス計画(ケアプラン)を作成します。
看 護 職 員	1名以上	利用者さまの健康管理や療養上のお世話と、日常生活上の看護、介助等を行います。
機 能 訓 練 指 導 員	1名	利用者さまの機能訓練をいたします。看護職員1名と兼務いたします。
介 護 職 員	12名以上	利用者さまの日常生活上の介護及び健康保持のための相談助言等を行います。
医 師 ( 嘱 託 )	1名	利用者さまの健康管理及び療養上の指導を行います。
栄 養 士	1名	利用者さまの栄養管理及び献立を作成します。
調 理 員	4名以上	栄養士の作成した献立の料理を利用者さまに提供します。

### 4 提供サービス及び利用料金

#### 1) 提供サービス

食 事	栄養士の献立表により、栄養並びに利用者さまの身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。また、自立支援のため、離床してできるだけユニットホールにて食事を摂っていただくようにします。 朝食:7:30～ 昼食:12:00～ 夕食:17:15～
入 浴	可能な範囲で、利用者さまのご希望に添える時間に入浴できるようにします。入浴できない方は清拭で対応いたします。寝たきりの方はご様子を診て機械浴槽で入浴できるようにいたします。
排 泄	排泄の自立を促す為に、利用者さまの身体能力を最大限活用した援助を行います。
自 立 支 援	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮をいたします。清潔で快適な生活ができるように援助いたします。

#### 2) ご利用料金

下記の料金表に従い、利用者さま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額を除いた金額と食費、居住費及びその他(医療費、理容代、雑貨代、おやつ代、電気代等)の費用をお支払いいただきます。

①要介護度別利用料金(一割又は二割又は三割負担) + ②食費(実費) + ③居住費(実費) + その他費用 =ご利用料金

#### 1日あたりの費用のめやす

介護度	①			②	③	ご利用料金		
	一日あたりご利用者負担			食費	居住費	合計		
	1割	2割	3割	1日	1日	1割	2割	3割
要介護1	682円	1,364円	2,046円	1,445円	2,066円	4,193円	4,875円	5,557円
要介護2	753円	1,506円	2,259円			4,263円	5,017円	5,767円
要介護3	828円	1,656円	2,484円			4,339円	5,167円	5,995円
要介護4	901円	1,802円	2,703円			4,412円	5,313円	6,214円
要介護5	971円	1,942円	2,913円			4,482円	5,453円	6,424円

※ 食費は 朝400円 昼575円 夕470円 1日合計1,445円 となります。

※加算時料金

加算項目	1割	2割	3割	加算内容																				
サービス提供体制加算Ⅱ	18円/日	36円/日	54円/日	サービスを提供する事業所の介護職員の専門性やキャリアを評価する加算です。																				
処遇改善加算(Ⅰ)	介護保険利用分 × 14%			介護職員の処遇を改善する為の加算です。																				
療養食加算(Ⅰ)	6円/回	12円/回	18円/回	医師の指示による療養食の加算分です。																				
看護体制加算(Ⅰ)	12円/日	24円/日	36円/日	看護師の配置において、基準を上回る体制でサービスを提供している場合の加算です。																				
看護体制加算(Ⅱ)	23円/日	46円/日	69円/日	上記に加え、看護師、病院との24時間連絡体制を確保している場合の加算です。																				
看取り介護加算(Ⅰ)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1割</th> <th>2割</th> <th>3割</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>死亡日45日前～31日前…</td> <td>(72円/日)</td> <td>(144円/日)</td> <td>(216円/日)</td> </tr> <tr> <td>死亡日30日前～4日前…</td> <td>(144円/日)</td> <td>(288円/日)</td> <td>(432円/日)</td> </tr> <tr> <td>死亡日前々日、前日…</td> <td>(680円/日)</td> <td>(1,360円/日)</td> <td>(2,040円/日)</td> </tr> <tr> <td>死亡日…</td> <td>(1,280円/日)</td> <td>(2,560円/日)</td> <td>(3,840円/日)</td> </tr> </tbody> </table>				1割	2割	3割	死亡日45日前～31日前…	(72円/日)	(144円/日)	(216円/日)	死亡日30日前～4日前…	(144円/日)	(288円/日)	(432円/日)	死亡日前々日、前日…	(680円/日)	(1,360円/日)	(2,040円/日)	死亡日…	(1,280円/日)	(2,560円/日)	(3,840円/日)	
		1割	2割	3割																				
死亡日45日前～31日前…	(72円/日)	(144円/日)	(216円/日)																					
死亡日30日前～4日前…	(144円/日)	(288円/日)	(432円/日)																					
死亡日前々日、前日…	(680円/日)	(1,360円/日)	(2,040円/日)																					
死亡日…	(1,280円/日)	(2,560円/日)	(3,840円/日)																					
	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者に対して、医師、看護師、介護職員等が共同して、その人らしさを尊重した看取りができるように支援する加算です。																							
夜勤職員配置加算	46円/日	92円/日	138円/日	夜勤職員の配置に関する加算です。																				
初期加算	30円/日	60円/日	90円/日	新規入所や30日を超える入院から再入所した利用者さまの状況把握に関する加算です。																				
外泊時加算	246円/日	492円/日	738円/日	6日以内の短期入院中にかかる加算です。																				
科学的介護推進体制(Ⅰ)	40円/月	80円/月	120円/月	利用者情報を登録し、データ分析して提供される介護サービスの根拠となる情報を元にケアの質の向上に取り組む加算です。																				
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90円/月	180円/月	270円/月	口腔衛生の管理体制を整備するために、歯科医師指導の元、年2回以上の指導を受け日常的な口腔ケアを実施する加算です。																				

その他の料金

おやつ代	100円/日	食費と別に申し受けます。
電気代	50円/日	電化製品、冷暖房仕様に関わる電気代です。
理髪料金	実費	毎月1回、理容組合の出張サービスです。
日常生活費	実費	クリーニング代、歯ブラシや入れ歯洗浄剤等の個人の日用品に係る、立替購入した費用です。※紙パンツやオムツの費用はかかりません。
医療費、予防接種等立替金	実費	往診費用、予防接種ワクチン、薬代等の立替費用です。
出前や外食時費用	実費	出前で食事した際や外出時の飲食代です。

※食費及び居住費には、所得による**負担限度額措置**が設けられています。

**低所得者の方は、食費及び居住費の軽減が受けられます。**

**負担限度額措置**の申請について

負担の軽減を受ける為には、事前に市役所窓口にて申請が必要になります。対象者の方は、**介護保険負担限度額認定証**が交付されますので、ご利用時に提示して下さい。

**介護保険負担限度額認定を適用させた場合の居住費と食費**

	食費(日額)	居住費(日額)
第1段階	300円	880円
第2段階	390円	880円
第3段階①	650円	1370円
第3段階②	1360円	1370円
対象外(基準額)	1445円	2066円

<b>第1段階</b>	世帯全体が市民税非課税で、老齢福祉年金の受給者、生活保護の受給者。預貯金額1000万以下の方。(夫婦で2000万以下)
<b>第2段階</b>	世帯全体が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金(障害年金、遺族年金)の合計が年間80万以下の方。預貯金額650万円以下の方(夫婦で1650万円以下)
<b>第3段階①</b>	世帯全体が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金(障害年金、遺族年金)の合計が年間80万を超え120万以下の方。預貯金額550万円以下の方(夫婦で1550万円以下)
<b>第3段階②</b>	世帯全体が市民税非課税で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金(障害年金、遺族年金)の合計が120万円を超える方。預貯金額500万円以下の方(夫婦で1500万円以下)
<b>第4段階</b>	同じ世帯に課税者がいるが本人は非課税または住民税課税対象の方。

1ヵ月あたり(30日)の費用のめやす ※加算費用、その他の費用は含まれていません。

負担割合証にて1割負担の方	一ヵ月あたりご利用者負担	食 費	居 住 費	合 計
要 介 護 1	19,830円	43,350円	61,980円	123,360円
要 介 護 2	21,900円			125,430円
要 介 護 3	24,090円			127,620円
要 介 護 4	26,220円			129,750円
要 介 護 5	28,260円			131,790円

負担割合証にて2割負担の方	一ヵ月あたりご利用者負担	食 費	居 住 費	合 計
要 介 護 1	39,660円	43,350円	61,980円	143,190円
要 介 護 2	43,800円			147,330円
要 介 護 3	48,180円			151,710円
要 介 護 4	52,440円			155,970円
要 介 護 5	56,520円			160,050円

負担割合証にて3割負担の方	一ヵ月あたりご利用者負担	食 費	居 住 費	合 計
要 介 護 1	59,490円	43,350円	61,980円	163,020円
要 介 護 2	65,700円			169,230円
要 介 護 3	72,270円			175,800円
要 介 護 4	78,660円			182,190円
要 介 護 5	84,780円			188,310円

※貴重品は、出来るだけご家族に保管して頂き、入所の際は持参されないようにお願い致します。必要な費用は立替で対応させていただきますので、できる限り現金の持ち込みもご遠慮下さい。

3) 利用料金のお支払い方法

利用料金及び実費立替金は、月末分までをまとめて翌月中旬に毎月ご利用明細にてご連絡いたします。ご利用明細が到着した月の26日(銀行休業日の場合は翌営業日)に北都銀行またはJAあきたふるさとのご登録口座より引き落としさせていただきます。

5 施設退所事項及び身元引受人

1) 契約解除 以下の事項に該当した場合、**退所して頂くこと**があります。

①利用者さまが、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項等を故意にこれを告げずまた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ご契約によるサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上延滞し、**催告にもかかわらず支払われない**場合。

③利用者さまが連続して**3ヶ月を超えて入院した**場合

2) 身元引受人 身元引受人について以下のとおり定めます。

①契約締結にあたり、**身元引受人をお願いすること**になります。しかしながら、利用者さまにおいて、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

②身元引受人には、これまで最も身近にいて、利用者さまのお世話をされてきた**ご家族やご親戚に就任していただくのが望ましい**と考えておりますが、必ずしもこれらの方に限る趣旨ではありません。

③身元引受人は、利用者さまの利用料等の経済的な債務については、利用者さまと連帯して、**利用料金3か月分または80万円以下の履行義務を負うこと**となります。

④利用者さまが入所中に死亡した場合においては、**そのご遺体や残置品(居室内に残置する日常生活品や身の回り品等)の引き取り等の処理**についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。また、利用者さまが死亡されていない場合でも、入所契約が終了した後、当施設に残された利用者さまの残置品を利用者さまが引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、利用者さままたは身元引受人にご負担いただくこととなります。

⑤身元引受人には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等については、**必ずその都度ご通知**させていただきます。

3) 保 証 人 保証人について次のように定めます。

①身元引受人が死亡したり破産宣告を受けた場合等、身元引受人としての責務を果たせなくなった場合に**保証人がその責任を負う**こととなります。

## 6 利用中の医療提供

1) 提 供

下記協力医療機関で治療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治療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での治療・入院を義務づけるものでもありません。)

2) 協力医療機関

①嘱託医

医療機関名	西成医院
嘱託医の氏名	西成 忍
所在地	横手市平鹿町浅舞字浅舞53
電話番号	0182-24-1023
契約の内容	週1回の定期的な診察。利用者さまが急変した場合の緊急対応処置及び入院が必要になった場合の医療機関の紹介。

②協力病院

医療機関名	平鹿総合病院
所在地	横手市前郷字八ツ口3番1
電話番号	0182-32-5121
診療科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・心臓血管外科・耳鼻科・婦人科・心療内科
救急指定の有無	救急告知病院
医療機関名	市立横手病院
所在地	横手市根岸町5-31
電話番号	0182-32-5001
診療科	内科・外科・整形外科・泌尿器科・皮膚科・眼科・耳鼻科
救急指定の有無	救急告知病院
医療機関名	市立大森病院
所在地	横手市大森町菅生田245-205
電話番号	0182-26-2141
診療科	内科・外科・整形外科
救急指定の有無	救急告知病院

③協力歯科医院

医療機関名	佐藤歯科医院
所在地	横手市平鹿町浅舞字浅舞383
電話番号	0182-24-1001

3) 入院時の対応 入所中に医療機関への入院の必要性が生じた場合

①検査入院等6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、再び入所することができます。ただし、入院期間中の所定料金は、負担いただきます。

(1割負担 1日あたり246円 2割負担 1日あたり492円 3割負担 1日あたり738円 )

②7日間以上の3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合は、再び入所することができます。ただし、入院期間中に短期入所生活介護の居室として利用者さまの居室を使用させていただく場合があります。その分の所定料金はいただきません。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合は**契約を解除し、退所**していただくこととなります。

7 苦 情 受 付

1) 対 処

苦情並びに、ご相談は施設担当が受付けております。

担当者／生活相談員 山本 ゆかり

・あやめ苑苦情相談 0182-56-3002

【行政機関その他苦情受付窓口】

・秋田県国民健康保険団体連合会 018-883-1550

・横手市市民福祉部高齢ふれあい課 0182-35-2134

・秋田県福祉サービス相談支援センター(運営適正化委員会) 018-864-2726

8 第 三 者 評 価 の 有 無 ( 有 ・ 無 )

9 事 故 発 生 時 の 対 応

- 1) サービスの提供により事故が発生した場合には、利用者さまに対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を行い、速やかに利用者さまのご家族等に連絡いたします。
- 2) 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、再発を防ぐための対策を講じます。
- 3) サービスの提供により利用者さまに対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償をいたしますが、利用者さま自身が独自に起こした転倒・転落などの事故外傷については、利用者さまの自己責任とさせていただきます。

10 緊 急 時 に お け る 対 応

- 1) 利用者さまが当施設をご利用中に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに嘱託医または事業所が定めた協力医療機関に連絡し、措置を講じます。

11 身 体 拘 束 及 び 行 動 制 限

- 1) 原則として、利用者さまの自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急時やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には利用者さま及びそのご家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者さま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。



## 12 虐待防止について

施設は、利用者さま等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- 1) 虐待に関する責任者を選定します。  
虐待に関する責任者 (職) 施設長 (氏名) 小田島 富男
- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。  
研修を通じて、職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

## 13 非常災害時の対策

- 1) 災害時の対応  
別に定める「特別養護老人ホームあやめ苑消防計画」にのっとり対応を行います。
- 2) 平常時の訓練  
年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を「特別養護老人ホームあやめ苑消防計画」にのっとり利用者さまも参加していただいております。
- 3) 防災設備

自動火災報知器	誘導灯及び誘導標識
防火扉	粉末消火器
屋内消火栓	非常通報装置
非難口(非常口)	スプリンクラー設備

※カーテン等は防災加工を施したものを使用しています。

## 14 利用者さまへのお願い

- 1) 利用者さまは健康に留意し、入所時健康診査は特別な理由がない限り受診をお願いします。
- 2) 利用者さまは施設の清潔・整頓・その他環境衛生を保持するためご協力をお願いします。
- 3) 利用者さまは施設内で次の行為はご遠慮ください。
  - イ) 宗教や政治、信条の相違などで他人を攻撃し又は自己の利益の為に他人の利益を犯すこと。
  - ロ) 喧嘩・口論・泥酔・他利用者さまのお部屋への無断侵入などで他の利用者さまに迷惑を及ぼす事。
  - ハ) 施設の秩序・風紀を乱し、安全衛生を害する事。
  - ニ) 指定した場所以外で火気を用いる事。
  - ホ) 故意に施設もしくは物品に損害を与え又はこれを持ち出す事。

※ご利用期間中の入院の場合は、全て自己負担となります。

※サービス期間中に利用者さまが、損害を受けられた場合は損害賠償いたします。

※利用者さまから解約を求められた場合は、速やかに手続きをいたします。

※利用者さま並びにそのご家族に関する秘密や個人情報には絶対に他に漏れないように保持いたします。

説明及び契約日時	令和 年 月 日( 時 分 ~ 時 分 )
説明及び契約場所	に於いて

**介護老人福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に  
基づき本人及びご家族へ重要事項の交付し、説明しました。**

説明者 社会福祉法人ひらか福祉会 あやめ苑  
職 種 名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

**私は、本書面に基づき重要事項の説明を受け、介護老人福  
祉施設サービスの提供の開始に同意し、受領しました。**

令和 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族等 (利用者との関係: \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 (利用者との関係 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保証人 (利用者との関係 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

上記の同意を証するため、本書2通を作成し、契約者または身元引受人と事業者  
が署名捺印のうえ、各1通を保有するものとする。