

【従来型多床棟】

介護老人福祉施設重要事項説明書

<令和 7年 6月 1日現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0186-37-3500

担当 生活相談員 安保 香苗

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ケアホームおおゆの概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホームケアホームおおゆ
所在地	秋田県鹿角市十和田大湯字湯の岱1丁目1番地
介護保険指定番号	指定介護老人福祉施設 秋田県 0570950022

(2) 同施設の職員体制

職 種	人 数	業 務 内 容
管理者（常勤）	1人	施設運営の責任者
医師（嘱託医・非常勤）	1人以上	入所者及び職員の診療及び健康管理 施設全般の保健衛生指導業務
生活相談員（常勤）	1人以上	入所者及びその家族に対しての相談・助言・その他の援助
介護職員及び看護職員 （常勤換算方法）	20人以上	入所者の自立の支援・要介護状態の軽減及び悪化の防止、介護（食事・入浴・排泄・整容等）
看護職員 （常勤換算方法、内1人以上は常勤）	3人以上	入所者等に対する診療の補助及び看護、施設全般の保健衛生管理
機能訓練指導員	1人以上	機能訓練計画作成、日常生活上の機能訓練
介護支援専門員（常勤）	1人以上	入所者の介護サービス計画の立案・状況把握
栄養士	1人以上	給食記録、食事・厨房管理業務、栄養管理・指導

(3) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 医師	毎週金曜日 13:30～15:30
2. 生活相談員	8:30～17:30 1名
3. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早 番 7:00～16:00 3名 日 勤 9:30～18:30 4名 遅 番 11:30～20:30 2名 夜 勤 20:15～ 7:15 3名

4. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 8：00～17：00 2 名
5. 機能訓練指導員	8：00～17：00 1 名
6. 栄養士	8：30～17：30 1 名

※土・日・祝日は上記と異なります。また日によって変動があります。

(4) 同施設の設備の概要

定 員		60名	食堂・機能訓練室	1 室
居 室	4人部屋	1 1 室 (34.65㎡/室)	静 養 室	1 室
		1 室 (43.07㎡/室)	医 務 室	1 室
		1 室 (42.74㎡/室)	浴 室	一般浴槽
	2人部屋	1 室 (24.75㎡/室)		特別浴槽
		1 室 (26.78㎡/室)		
	個室	4 室 (12.37㎡/室)		

3. サービス内容

①食事

- ・ 当施設では、栄養士の立てる献立により、栄養並びにお客様の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ お客様の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくことになっていますが、希望により居室等他の場所でも可能です。
- ・ 食事時間は、原則として次の時間帯に提供します。

朝食：7：30～8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

②入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 寝たきりでも特別浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、お客様の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

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

4. 利用料金

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

①基本料金（1日あたり）

介護度	基本報酬 100%	うち自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	5,890円	589円	1,178円	1,767円
要介護2	6,590円	659円	1,318円	1,977円
要介護3	7,320円	732円	1,464円	2,196円
要介護4	8,020円	802円	1,604円	2,406円
要介護5	8,710円	871円	1,742円	2,613円

②その他の介護給付サービス加算

加 算	条 件	介護給付 100%	うち自己負担額		
			1割	2割	3割
日常生活継続支援加算	重度の要介護状態の者や認知症である者等を積極的に受け入れるとともに、介護福祉士資格を持つ職員を手厚く配置し、質の高い介護福祉施設サービスを提供した場合（1日につき）	360円	36円	72円	108円
看護体制加算（Ⅰ）	看護職員の体制について手厚い人員体制をとっている場合に算定（1日につき）	40円	4円	8円	12円
看護体制加算（Ⅱ）	をとっている場合に算定（1日につき）	80円	8円	16円	24円
夜勤職員配置加算	夜間及び深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定（1日につき）	130円	13円	26円	39円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施している場合（1日につき）	120円	12円	24円	36円
外泊時費用加算	入院及び外泊の場合6日を限度として加算（1日につき）	2,460円	246円	492円	738円
初期加算	新規に入所及び1ヶ月以上の入院後再び入所された場合30日加算	300円	30円	60円	90円
看 取 り 介 護 加 算 （Ⅰ）	死亡日以前31日以上45日以下	720円	72円	144円	216円
	死亡日以前4日以上30日以下	1,440円	144円	288円	432円
	死亡日の前日および前々日	6,800円	680円	1,360円	2,040円
	死亡日	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の入所者に対して、複数人の介護職員からなるチームで認知症ケアを行った場合（1月につき）	1,200円	120円	240円	360円

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	・認知症の状況・その他の心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合（1月につき）	400円	40円	80円	120円
安全対策体制加算	入所時に1回加算	200円	20円	40円	60円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	協力医療機関との連携体制がとれ、定期的に研修に参加し助言や指導を受けた場合（1月につき）	100円	10円	20円	30円
協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催した場合（1月につき）	500円	50円	100円	150円
退所時情報提供加算	入所者が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供した場合（1人につき1回限り）	2,500円	250円	500円	750円
新興感染症等施設療養費	入所者が別に厚生労働省が定める感染症に感染した場合（1月に1回、連続する5日を限度）	2,400円	240円	480円	720円

介護職員等処遇改善加算	（基本サービス費＋各種加算減算）×14%
〃（2割・3割負担の方）	介護給付サービス料金が2割・3割負担として計算されます。

※お客様がまだ要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、お客様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、お客様の負担額を変更します。

（2）介護保険給付対象外サービス（食事・居住）の費用について

介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、その認定証に記載された額の負担となります。詳細は下記の通りです。

負担限度額		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食事に係る自己負担額		300円	390円	650円	1,360円	1,700円
居住に係る自己負担額	多床室	0円	430円	430円	430円	1,100円
	従来型個室	380円	480円	880円	880円	1,450円

※居住費について、外泊・入院等で居室をあけておく場合、第1～第3段階の方は、6日目までは負担限度額認定の適用が認められますが、7日目より多床室は1日430円、従来型個室は1日480円の居室代をご負担いただきます。なお、ショートステイにより居室が利用された場合は、自己負担は発生いたしません。

(3) 介護保険給付対象とならないサービス

サービスの種類	サ ー ビ ス の 内 容	利 用 料 金
理 髪	毎月定期的に、理髪サービスをご利用いただけます。	要した費用の実費
レクリエーション・クラブ活動	お客様の希望により参加いただけます。	要した費用の実費
特 別 な 食 事	お客様の希望による食材で提供した食事や行事食事等特別な食事を提供したときには実費相当額をいただきます。	ムース食：1食 50円 パン食：1食 100円 その他：要した費用の実費
証 明 書 の 交 付	お客様の希望により、証明書が必要なときには手数料をいただきます。	1 枚 50円
日常生活上必要となる諸費用	日常生活品の購入代金等お客様の日常生活に要する費用でお客様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。 おむつ代は介護保険給付対象の為、負担の必要はありません。	要した費用の実費

☆経済状況の著しい変化その他やむをえない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

5. 支払い方法

お支払方法は、口座自動振替・銀行振込からご契約の際に選べます。

口座自動振替	毎月15日までに前月分の口座振替明細書（請求明細書）を送付し、24日に振替となります。 取扱金融機関は、秋田銀行・農協・郵便局です。
銀 行 振 込	毎月15日までに前月分の請求明細書を送付しますので、金融機関へ7日以内にお振り込み下さい。 取扱金融機関は、秋田銀行・農協・郵便局 です。

※口座自動振替は、納付忘れや毎月の支払の手間がかからないためおすすめ致します。

6. 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。）

協力医療機関

医療機関の名称	大湯リハビリ温泉病院
所在地	秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16-2
診療科	内科・整形外科・神経内科

7. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

まずは、お電話でお申し込みください。居室に空きがあればご入所いただけます。

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

①お客様のご都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

③その他

- ・お客様のサービス利用料の支払が正当な理由なく3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日間以内に支払われない場合、または利用者が、事業者やサービス従業者または他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了7日前までに文書で通知いたします。
- ・お客様が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込がない場合または入院後3ヶ月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、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合は、お申し出下さい。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

(3) 円滑な退所のための援助

お客様が当施設を退所する場合には、お客様の希望により、事業者はお客様の心身の状況、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お客様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保健施設等の紹介
- ・居宅介護支援事業者の紹介
- ・その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

8. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・施設サービス計画に基づき、お客様が可能な限り、居宅での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、援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上のお世話、機能訓練、健康管理及び療養上のお世話を行います。そのことにより、お客様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めざします。
- ・お客様の意思及び人格を尊重し、常にお客様の立場に立って介護老人福祉サービスを提供するように努めます。
- ・明るく家庭的な雰囲気を大切にし、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、鹿角市、介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス・福祉サービス提供者との密接な連携に努めます。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

- ・来訪、面会…来訪者は面会時間を遵守し、その都度職員に届け出て下さい。
- ・外出、外泊…外出、外泊の際は、行き先、連絡先、帰宅時間を職員に申し出て下さい。
- ・飲酒、喫煙…定められた時間、定められた場所での飲酒、喫煙は可能です。
- ・設備、器具の利用…施設の設備、器具は本来の用法に従って御利用下さい。なお、お客様が故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により原状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・金銭、貴重品の管理…原則として、入所に必要な範囲とします。自己管理できない場合は施設側にお預かりすることもできます。
- ・所持品の持ち込み…施設内及び他の利用者に危険があるもの等の持ち込みは、ご遠慮下さい。
- ・宗教活動他…サービス従事者又は他のお客様に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。
- ・ペット…施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮下さい。

(3) 賠償責任について

当施設は、サービス提供に伴って、当施設の責めに帰すべき事由により入所者の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合は、入所者に対してその損害を賠償します。

9. 秘密保持に関する対策

当施設及び職員は業務上知り得た入所者またはその家族の秘密をもらしません。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

10. 緊急時の対応方法

入所者に容体の変化等があった場合は、別にお届けいただく緊急連絡先に連絡するほか、医師に連絡する等必要な処置を講じます。

1 1. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

1 2. 非常災害対策

- ・サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者はお客様の避難等適切な措置をとります。また、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力病院等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。
- ・非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。

1 3. サービス内容に関する相談・苦情

①当施設における相談・苦情担当

担当 生活相談員 安保 香苗 電話 0186-37-3500

②第三者委員

- (1)山口 京子 [連絡先 十和田毛馬内字柏野2-5 電話 0186-35-4128]
(2)柴田 孝子 [連絡先 十和田大湯字中田20-3 電話 0186-37-3395]
(3)川又 進 [連絡先 花輪字乳牛平24-2 電話 0186-23-5192]

③円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・苦情があった場合、担当の生活相談員がお客様（家族）に直ちに連絡を取り、事実を確認します。必要があれば、お客様宅を訪問致します。
- ・苦情内容に応じ対応いたします。内容がサービス提供に関するものである場合は事業所内で事情を確認します。
- ・苦情を受け付けた翌日までに対応の具体的方針を定め、担当からお客様（家族）に説明いたします。
- ・苦情の記録は台帳に保管し、再発防止に役立てます。

④その他

当施設以外に、県・市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

鹿角市福祉保健センター あんしん長寿課 電話番号 0186-30-0237

小坂町町民福祉課 電話番号 0186-29-3906

秋田県国民健康保険団体連合会 電話番号 018-864-2726

1 4. 虐待防止について

当施設では、入所者等の人権の擁護・虐待の防止のために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止に関する責任者 施設長 高野 牧子

(2) 成年後見人制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備します。

(4) 従業者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。

1 5. 第三者評価の実施状況

・ 未実施

1 6. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人愛生会
代表者役職・氏名	理事長 村 木 宏 成
本部所在地・電話番号	鹿角市十和田大湯字湯の岱一丁目 1 番地 0186-37-3500
定款の目的に定めた事業	(1) 第一種社会福祉事業 1. 特別養護老人ホームの経営 (2) 第二種社会福祉事業 2. 老人デイサービス事業の経営 3. 老人短期入所事業の経営 4. 老人福祉センターの受託経営 5. 障害福祉サービス事業の経営 6. 特定相談支援事業の経営 7. 障害児相談支援事業の経営 8. 放課後児童健全育成事業の受託経営 9. 障害児通所支援事業の経営
	公益を目的とする事業
	10. 居宅介護支援事業所の経営 11. 地域包括支援センターの受託経営

1 7. その他

年 月 日

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。

特別養護老人ホームケアホームおおゆ

説明者	職名	生活相談員
	氏名	安保 香苗

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、介護福祉施設サービスの提供開始に同意し、受領しました。

利用者	住所
	氏名

<代理人>	住所
	氏名