

【特別養護老人ホーム白砂恵慈園】

介護老人福祉施設重要事項説明書

＜ 令和7年1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 0494-77-0099 (9時～17時まで)

担当 扇原知恵美 ・ 倉林優太

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 特別養護老人ホーム白砂恵慈園の概要

(1) 提供できるサービスの種類 介護老人福祉施設サービス及び付随するサービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	特別養護老人ホーム 白砂恵慈園
所在地	埼玉県秩父市吉田久長186-1
介護保険指定番号	1174800258

3 施設の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計	
管理者	1名		サービス管理全般	1名	
医師	名	1名	診療、健康管理等	1名	
生活相談員	1名	名	生活上の相談等	1名	
栄養士	7名	名	栄養管理等	7名	
機能訓練指導員	名	1名	リハビリテーション・機能回復訓練等	1名	
介護支援専門員	1名	名	サービス計画の立案・管理等	1名	
事務職員	4名	2名	一般事務・料金請求等	6名	
看護・介護職員	看護師	1名	医療、健康管理業務等	2名	
	准看護師	1名		3名	4名
	介護福祉士	20名	13名	日常介護業務等	33名
	実務者研修修了者	3名	1名		4名
	1～2級、介護基礎研修、初任者研修修了者	名	1名		1名()
	その他	1名	1名		2名()

4 施設の概要

区 分	数 量 ・ 規 模		備 考
入所定員	80名		
居 室	4人部屋	18室	
	2人部屋	3室	
	個 室	2室	
食 堂	5室		
機能訓練室	1室		
浴 室	3室		中間浴槽と特殊浴槽があります
便 所	2箇所		新館は各居室にあります
洗面所			各居室にあります
医 務 室	1室		
静 養 室	1室		
談 話 室	1室		
そ の 他			

5 サービス内容

- ① 食 事 朝食 7:30～
昼食 12:00～
夕食 18:00～
- ② 介 護 食事等の介助、着替え介助、排せつ介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ③ 入 浴 最低、週2回入浴可能です。体調不良の時は清拭となる場合があります。
- ④ 機能訓練 機能訓練室にて利用者の状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑤ 健康管理 年1回健康診断を行います。また、診療や健康相談を受けることができます。
- ⑥ 理容・美容 理容・美容サービスを実施しています。(料金は自己負担)
- ⑦ レクリエーション
日々のクラブ活動のほか、種々の行事が行われます。行事によっては別途参加費がかかるものもございます。詳しくはその都度ご説明いたします。

6 利用者負担

- ① 利用者の方からいただく利用者負担金は、次のページの表のとおりです。疑問点等があればお尋ねください。
- ② 支払方法・・・利用料は口座引き落としでの、ご協力をお願いします。毎月、5日までに前月分の請求をいたします。翌月28日に口座振替によりお支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払手続きは、ご契約の際にご説明いたします。

(1) 介護報酬に係る利用者負担金

利用者負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

・基本料金

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

介護度	基本利用料	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
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

・加算料金

加算内容	基本利用料	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	備考
初期加算	300円	30円	60円	90円	入所の日から30日に限ります
日常生活継続支援加算	360円	36円	72円	108円	1日につき
夜勤職員配置加算(I)口	130円	13円	26円	39円	
夜勤職員配置加算(III)口(喀痰吸引を実施できる介護職員を配置)	160円	16円	32円	48円	
栄養マネジメント強化加算	110円	11円	22円	33円	1日につき
経口移行加算	280円	28円	56円	84円	1日につき
経口維持加算(I)	4,000円	400円	800円	1,200円	1月につき
経口維持加算(II)	1,000円	100円	200円	300円	
口腔衛生管理加算(I)	900円	90円	180円	270円	1月につき
口腔衛生管理加算(II)	1,100円	110円	220円	330円	
褥瘡マネジメント加算(I)	30円	3円	6円	9円	1月につき
褥瘡マネジメント加算(II)	130円	13円	26円	39円	
排せつ支援加算(I)	100円	10円	20円	30円	1月につき
排せつ支援加算(II)	150円	15円	30円	45円	
排せつ支援加算(III)	200円	20円	40円	60円	
生産性向上推進体制加算(I)	100円	10円	20円	30円	1月につき
生産性向上推進体制加算(II)	10円	1円	2円	3円	

療養食加算 (主治医からの指示書)	60円(1食)	6円(1食)	12円(1食)	18円(1食)	1月につき
若年性認知症入所者 受け入れ加算(利用者ご とに担当者。特性やニーズ に応じたサービス提供)	1,200円	120円	240円	360円	
退所前訪問相談援助 加算	4,600円	460円	920円	1,380 円	1日につき
退所後訪問相談援助 加算(退所時の連絡調整を された方のみ)	4,600円	460円	920円	1,380 円	1日につき
退所時相談援助加算	4,000円	400円	800円	1,200 円	1回もしく は2回を限 度
退所前連携加算	5,000円	500円	1,000円	1,500 円	1回を限度
看取り介護加算(I) 死亡日45日前~31日 前	720円	72円	144円	216円	1日につき
死亡日以前4日以上 30日	1,440円	144円	288円	432円	1日につき
死亡日の前日及び 前々日	6,800円	680円	1,360円	2,040 円	1日につき
死亡日	12,800 円	1,280円	2,560 円	3,840 円	1日につき

※介護職員等処遇改善加算(I)

所定単位数に14.0%を乗じた金額

(2) その他の費用(全額自己負担)

区 分	金 額	内 容
① 居住費	多床室 915円	所得に応じ減額される場合があります。
	従来型個室 1,231円	
② 食費	1,480円	
③理美容代	実費	利用者・ご家族の希望によって提供した場合
④日用品費	実費	歯磨き粉、マスク、口腔衛生用具等購入

⑤健康管理費	実費	インフルエンザ予防接種 肺炎球菌ワクチン接種	利用者・ご家族の希望選択によって提供 ご家族へ連絡し了解の上、署名押印をいただく
⑥手数料	月額	1,000円	小口現金取り扱い手数料(現金をお預かりの方)
⑦その他日常生活上の便宜にかかる費用			実費

7 当施設のサービスの方針等

職員の基本姿勢

「白砂恵慈園三訓」

- 一. 笑顔であいさつをしよう
- 一. 相手の立場に立って考えよう
- 一. 今日も一日お世話をさせていただくことに感謝しよう

毎朝、出勤者全員でこの三訓を唱和し、心のこもったサービスに努めております。

8 サービス利用にあたっての留意点

- ① 面会時間 ご都合のつくときいつでもご来園ください。
- ② 金銭・貴重品の管理 お預かりいたします。詳しくは職員にお尋ねください。
- ③ 外出・外泊 届出書を出していただきます。
- ④ 飲酒・喫煙 飲酒はご遠慮申し上げます。喫煙は決められた場所をお願いいたします。
- ⑤ 設備の利用 職員にお尋ねください。
- ⑥ 所持品の持ち込み 多量になる場合はご相談ください。飲食物は原則禁止です。
- ⑦ 施設外での受診 基本的には、ご家族でお願いします。
- ⑧ その他 衣類などの管理はご家庭でお願いします。(衣替え等)

9 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり、事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族や主治医、救急機関等に連絡します。

10 個人情報の利用

サービス担当者会議において必要とする場合に、当人もしくは家族の個人情報を利用することがあります。

11 秘密の保持

- ① 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- ② 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

- ③ 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに務めます。

1 2 非常災害対策

白砂恵慈園消防計画のもとに、万一の災害に備え、定期的に防災訓練を実施しています。

1 3 非常通報連絡網と防災設備の点検

- (1) 非常事態が発生した時は、非常通報装置により全職員に連絡し、出勤します。
- (2) 消防設備の定期点検を業者に委託し、実施しています。

1 4 衣類の洗濯

基本的には業者に委託しております。施設内で洗濯する場合は感染症等を予防する目的から、一度熱湯に30分くらい浸してから洗濯します。これらについての料金はかかりません。ただし、ドライクリーニングが必要なものは、実費を負担していただきます。

1 5 事故防止

日常生活の中で最も心配なのが事故です。老人ホームで多いのは、転倒による骨折や無断外出、利用者間のトラブル等です。事故を未然に防ぐために、職場全体の周知と注意の呼びかけを実施しています。

(1) 「ヒヤリハット」の事例からの把握

日常生活の中で誰もが経験している「ヒヤッ」とした事や「ハッ」とした事を話し合い、事故を未然に防ぐよう心がけています。

(2) 事故が発生したら

- ・いつ、どこで、誰が、どうしたか、どのような対応をしたかを必ず記録します。
- ・ご家族への報告と事故防止の個別的対応策を検討し、同意を得ます。

1 6 今後、ご家族の皆様をお願いしたいこと

- (1) 利用者の皆様の精神安定を図るためにも、お忙しいとは存じますが、可能な限り面会や外出の機会、また園の行事等にもご参加ください。

ご家族、職員が一体となって、園で生活される利用者の方々を見守って行けたらと思います。

- (2) 風邪等の症状や体調の悪い時は、面会をご遠慮ください。
- (3) 衣類等お持ちいただいた時は、必ず名前をつけてください。
- (4) ご利用の状況の変化や人間関係、ショートステイの利用状況等により、居室の移動を行う事があります。居室の移動は慎重に検討して行いますが、全員の方のご希望に添えないこともあります。あらかじめご了承ください。
- (5) その他、問題が起きたときは、ご家族の皆様にも連絡をし、ご相談させていただきます。

きます。

(6) ご利用者の生命や身体を保護するために、緊急やむを得ない場合などで身体的拘束が必要と思われる場合には、ご家族に報告し、同意を得るなど慎重に行います。

1.7 入院中の取り扱いについて

基本	介護保険施設に入所中	介護保険対象
	入院期間中	医療保険対象

病院等に入院された場合の対応

(1) 検査入院、短期入院された場合

1ヶ月に6日以内(連続して7泊、月をまたがる場合は12泊)短期入院の場合は退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院期間中であっても所定の料金を負担していただきます。

1日当たり	855円(多床室)
	1,171円(従来型個室)

(2) 上記期間を超える入院の場合

3ヶ月以内に退院される場合は再び施設に入所することができます。

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合は契約を解消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。

ただし、介護保険制度による事項について、改定等あった場合は変更いたします。

18 緊急連絡先、協力病院等

医療機関等	主治医等の氏名： 連 絡 先：
緊急連絡先①	氏 名： 連 絡 先： 電 話 番 号： 携 帯 の 番 号：
緊急連絡先②	氏 名： 連 絡 先： 電 話 番 号： 携 帯 の 番 号：
名 称	新井医院(嘱託医)
代 表 者	新井康弘
所 在 地	秩父市下吉田3, 814
連 絡 先	0494-77-0006
名 称	つむぎ診療所(協力医療機関)
代 表 者	内田里華
所 在 地	秩父市寺尾1, 404
連 絡 先	0494-24-5551
名 称	秩父第一病院(協力病院)
代 表 者	桂 浩二
所 在 地	秩父市中村町2-8-14
連 絡 先	0494-25-0311

19 相談窓口、苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当施設お客様相談窓口	電話番号	0494-77-0099
	F A X	0494-77-0167
	担当者	扇原知恵美 ・ 倉林優太
	対応時間	9:00 ~ 16:00

○ 公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

1	秩父市高齢者介護課	電話番号	0494-25-5205 (直通)
	吉田総合支所	電話番号	0494-72-6082 (直通)
2	横瀬町福祉介護課	電話番号	0494-25-0116 (直通)
3	皆野町福祉課	電話番号	0494-62-1233 (直通)
4	長瀬町福祉介護課	電話番号	0494-66-3111
5	小鹿野町福祉課(保健福祉センター内)	電話番号	0494-75-4421 (直通)
6	埼玉県国民健康保険団体連合会	電話番号	048-824-2568 (苦情相談専用)

○ 第三者委員

引間正人	電話番号	0494-72-6008
中原照夫	電話番号	0494-77-1300
田中敬子	電話番号	0494-66-2975

20 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施の有無	有 ・ (無)
-------------	---------

19 当法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 秩父福祉会
代表者名	理事長 内藤優子
所在地・電話	埼玉県秩父市吉田久長 186-1 0494-77-0099
業務の概要	老人福祉
事業所数	介護保険関係12 事業所内保育所1 その他2

令和 年 月 日

介護老人福祉施設事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基
いて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 秩父市吉田久長186-1

法人名 社会福祉法人 秩父福祉会

説明者

事業所名 特別養護老人ホーム白砂恵慈園

氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設事業についての重要事
項の説明を受け、サービス提供開始について同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事
業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者
の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくもの
でなければならないことはいずれもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約
を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によっ
て生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代
理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親
族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお、手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄
外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと思
えます。

(例)

利用者 住 所 秩父市吉田〇〇 186-1 _____

氏 名 白 砂 太 郎 _____

上記署名は、秩父花子（子）が代行しました。

