

【地域密着型特別養護老人ホーム白砂恵慈園永田屋】

白砂恵慈園永田屋重要事項説明書

＜ 令和 6年 8月 1日現在＞

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0494-26-6311

担当 千島 健 出浦宏和

* ご不明な点は、何でもおたずねください。

2 白砂恵慈園永田屋の概要

①提供できるサービスの種類

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び付随するサービス

②事業所の名称及び所在地等

事業所名称	白砂恵慈園永田屋
所在地	埼玉県秩父市永田町9番3号
介護保険指定番号	地域密着型介護老人福祉施設（1194900237号）

③事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1人		サービス管理全般	1人
医師		1人	診療、健康管理等	1人
生活相談員(うち1人介護職員と兼務)	2人		生活上の相談等	2人
管理栄養士	1人		栄養管理等	1人
機能訓練指導員(看護職員と兼務)	1人	2人	リハビリテーション・機能回復訓練等	3人
介護支援専門員(生活相談員と兼務)	1人		サービス計画の立案・管理等	1人
介護職員	16人	7人	日常介護業務等	23人
看護職員	1人	3人	医療・健康管理業務	4人
その他の職員	1人	2人	事務・清掃等	3人

④事業所の設備の概要

居室(個室)	29室	共同生活室	3室
医務室	1室	相談室	1室
浴室	特別浴室2室 介護浴室3室		

居室は、利用者の状況等により、ご相談のうえ決めさせていただきます。入居後においても、御利用者の状況や御希望により変更することがあります。

3 サービス内容

① 地域密着型施設サービス計画の立案

介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画を立て、御利用者又は御家族の方に説明し、同意をいただきます。

② 介 護

施設サービス計画に沿って、着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換、施設内外の移動付き添い等の介護を行います。

③ 食 事

管理栄養士等による栄養ケアマネジメントを行います。

食事時間等は次のとおりです。

朝食 7：30 ～

昼食 12：00 ～

夕食 18：00 ～

以上の他、湯茶等のサービスがあります。原則、食堂にておとりいただきますが、利用者の状態、ご希望によって居室やその他の場所での食事にも対応いたします。

④ 入 浴

原則、週2回入浴していただけます。

ただし、御利用者の状態（体調不良など）や希望によって、入浴回数の調整をさせていただく場合や清拭となる場合があります。

⑤ 機能訓練

必要に応じ機能回復訓練を行います。

⑥ 健康管理

当事業所では、嘱託医による健康管理及び看護職員によるバイタルチェック・与薬等医療的管理を行っています。また、相談室にて診療や健康相談サービスを受けることができます。

⑦ 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）

⑧ 日用品費

口腔衛生用品、マスクなど（料金は自己負担）

⑨ レクリエーション

当施設では、種々の行事が行われます。行事によっては、参加費（実費）がかかるものもあります。詳しくは、その都度ご説明のうえご承諾をいただきます。

⑩ 生活相談

常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

4 利用者負担

利用者の方からいただく御利用者負担金は、次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。

○利用料金

① 基本料金（施設利用料） 【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

	基本利用料	入居者負担額 (1割負担)	入居者負担額 (2割負担)	入居者負担額 (3割負担)
要介護 1	6,820円	682円	1,364円	2,046円
要介護 2	7,530円	753円	1,506円	2,259円
要介護 3	8,280円	828円	1,656円	2,484円
要介護 4	9,010円	901円	1,802円	2,703円
要介護 5	9,710円	971円	1,942円	2,913円

② 居住費

段階区分	個室料(1日)
利用者負担第4段階(標準基準額)	2,066円
利用者負担第3段階	1,370円
利用者負担第2段階	880円
利用者負担第1段階	880円

③ 食費

段階区分	入居者負担額(1日)
利用者負担第4段階(標準基準額)	1,480円
利用者負担第3段階	① 650円 ② 1,360円
利用者負担第2段階	390円
利用者負担第1段階	300円

④ 施設サービス体制による加算

当施設サービス体制によって以下の所定料金が加算されます。

ただし、職員体制が変わることにより、加算が変更となる場合があります。

【地域区分別1単位の単価10円(その他地域)】

加算項目	基本利用料	入居者負担額 (1割負担)	入居者負担額 (2割負担)	入居者負担額 (3割負担)
看護体制加算(Ⅱ)イ	230円	23円	46円	69円
日常生活継続支援加(Ⅱ)	460円	46円	92円	138円
栄養マネジメント強化加算/日	110円	11円	22円	33円
経口移行加算	280円	28円	56円	84円
経口維持加算(Ⅰ)/月	4,000円	400円	800円	1,200円
経口維持加算(Ⅱ)/月	1,000円	100円	200円	300円
ADL維持加算(Ⅰ)	300円	30円	60円	90円
ADL維持加算(Ⅱ)	600円	60円	120円	180円

口腔衛生管理加算(Ⅰ)/月	900円	90円	180円	270円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)/月	1,100円	110円	220円	330円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)/月	30円	3円	6円	9円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)/月	130円	13円	26円	39円
排せつ支援加算(Ⅰ)/月	100円	10円	20円	30円
排せつ支援加算(Ⅱ)/月	150円	15円	30円	45円
排せつ支援加算(Ⅲ)/月	200円	20円	40円	60円
協力病院医療連携加算 /月	100円	10円	20円	30円
療養食加算/回	60円	6円	12円	18円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	50円	5円	10円	15円
生産性向上推進体制加算	100円	10円	20円	30円
若年性認知症入所者受け入れ加算/日	120円	12円	24円	36円
初期加算(入所日から30日)/日	300円	30円	60円	90円
看取り介護加算(Ⅰ)	720円	72円	144円	216円
死亡日45日前～31日前/日	1,440円	144円	288円	432円
死亡日30日前～4日前/日	6,800円	680円	1,360円	2,040円
死亡日の前々日、前日/日	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円
死亡日				
退所前訪問相談援助加算	4,600円	460円	920円	1,380円
退所後訪問相談援助加算	4,600円	460円	920円	1,380円
退所時相談援助加算	4,000円	400円	800円	1,200円
退所前連携加算	5,000円	500円	1,000円	1,500円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	400円	40円	80円	120円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	500円	50円	100円	150円
介護職員等处遇改善加算Ⅰ	所定単位数に14.0%を乗じた額(支給限度管理の対象外)			

⑤ その他の料金

- 1) 特別な食事、行事参加費、通院サービス費、散髪費等の料金は実費をご負担いただきます。
- 2) 利用期間中に入院または外泊した期間があるときは、介護報酬請求の取り扱いに準じ算定される料金となります。
- 3) 通常サービス提供の範囲を超える保険外の費用現金をお預かりの方、小口現金取り扱い手数料として、毎月1000円(定額)となります。
- 4) 退所される際にも料金が加算される場合があります。
- 5) 家電製品を居室にて使用する場合は、別紙1のとおりとします。

○支払方法

利用料は口座引き落としで、お願いいたします。請求額は、サービス提供月の料金を翌月の5日までにお知らせいたします。預金残高（サービス提供月の翌月の28日に口座引落されます）に不足のないようお願いいたします。

※ お支払いの確認をしましたら、領収書を発行いたします。

○料金の変更等

介護保険関係法令の改正、その他の理由により料金を変更することとなった場合は、事前に文書により通知します。

料金について御不明な点がございましたら遠慮なくお問い合わせください。

5 当施設のサービスの方針など

職員の基本姿勢

「白砂恵慈園三訓」

- 一. 笑顔であいさつしよう
- 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頂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。

6 サービス利用にあたっての留意点

① 面会時間

お電話にて事前予約制10時から16時です。18歳未満の方は、窓越し面会となります。

② 所持品等の保管

特別な事情がある所持品等についてはお預かりいたします。ただし、お預かりできる所持品等の種類や量等には制限があります。詳しくは、職員にご相談ください。

③ 外出・外泊

事前にご相談ください。

④ 飲酒・喫煙

ご遠慮いただいております。

⑤ 設備の利用

職員にお尋ねください。

⑥ 緊急時の対応

事故や体調の急変等、緊急の場合は必要な緊急措置を行うとともに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。

⑦ 安全管理

防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。

⑧ 施設外での受診

基本的には、ご家族でお願いいたします。

⑨ 衣類の管理

御家族でお願いいたします。(衣替え等)

⑩ その他のサービス

介護保険以外のサービス等については、その都度お申し出を受けご相談させていただきます。
サービスの内容によっては料金がかかります。

7 入退所の手続

(1) 入所手続

お電話等でお申し込みください。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

以下の事項に該当される場合、契約を終了し、退所して頂く場合があります。

① 利用者の御都合で退所される場合（契約書第10条に準ずる）

退所を希望する日の7日前までにお申し出ください。

② 自動終了（契約書第11条に準ずる）

以下の場合、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。

※1 御利用者が他の介護保険施設に入所した場合（その翌日）

※2 介護保険給付でサービスを受けていた御利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援1・2、要介護1・2と認定された場合

ただし、要介護1もしくは2と認定され、秩父市からの特例入所要件に該当すると認められる場合は、特例的に施設への入所が認められることとなります。

※3 御利用者がお亡くなりになった場合（その翌日）

③ 事業者からの申し出により退所頂く場合（契約書第11条に準ずる）

※1 御利用者が、サービス利用料金の支払期限を超過した後（毎月28日）、期間を定め督促後、15日以内に支払わない場合

※2 御利用者や家族などが、故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者などの生命・身体・財物・信用などを傷つけ、または著しい不信行為によって、本契約を継続しがたい重大な実情を生じた場合（契約解除30日前までに文書で通知します。）

※3 やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合

上記①から③による退所手続が行われ、契約が終了し、御利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降施設を利用することとなる場合、利用に要する実費を請求します。

(3) 利用者の入院に係る取り扱い

1 利用者が病院に入院した場合、3か月以内に退院が見込まれ、かつ退院された場合には、退院後も再び入所できるものとします。

但し、明らかに3か月以内に退院できる見込みがない場合、または、入院後3か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、文章で通知し、契約を終了させて頂く場

合がございます。

この場合、退院後に再度入所を希望される場合には、お申し出ください。

- 2 入所者が病院に入院したときは、入院した翌日から当該月 6 日間（ただし月をまたがる場合は、12 日間）を限度に、居住費（2,006 円）を事業者に支払うものとします。

但し、特定入所者介護サービス費の給付対象で負担限度額の減免を受けている場合には、減免額に準じた料金、減免を受けていない場合は、標準基準額を事業者に支払うものとします。

- 3 入院期間中、居室を確保する場合は、入院期間中も引き続き当該居室の居住費(2,006 円)を事業者に支払うものとします。

但し、特定入所者介護サービス費の給付対象で負担限度額の減免を受けている場合には、減免額に準じた料金（第 1.2 段階を除く）、減免を受けていない場合は、標準基準額を支払うものとします。

8 緊急時の対応方法

御利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

医療機関等	主治医等の氏名：	
	連 絡 先：	
緊急連絡先①		
氏名		
住所	〒	
電話番号	自宅：	携帯：
続柄		
緊急連絡先②		
氏名		
住所	〒	
電話番号	自宅：	携帯：
続柄		
後見人連絡先（選任されている場合のみ記入）		
氏名		
住所	〒	
電話番号	自宅：	携帯：
続柄		

9 協力医療機関

協力病院は、以下の医療機関となります。

名 称	秩父生協病院
代 表 者	院長 村岡雷太 往診担当医師 吉野隆之
所 在 地	秩父市阿保町1-11
電 話 番 号	0494-23-1300

協力医療機関では、入居者様の同意を得て、定期的に訪問いただき、診療のほか、健康状態の報告、相談が行えます。また、往診医師と定期的な会議において必要な現病歴情報などを情報共有します。急変や診療の必要性がある場合においても、相談、診療相談が行える体制を整えております。

協力歯科医院

名 称	内田歯科医院
代 表 者	院長 内田 博
所 在 地	秩父市大野原200-24
電 話 番 号	0494-24-4184

10 相談・苦情窓口

- ① この契約の履行に関する相談や苦情につきましては、当事業所介護支援専門員、生活相談員のほか、第三者委員、秩父市介護保険担当課及び埼玉県国民健康保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

☆ サービス相談、苦情窓口 ☆

1 白砂恵慈園永田屋

担当者 千島 健 出浦宏和
電話番号 0494-26-6311

2 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

3 秩父市高齢者福祉課介護保険担当

電話番号 0494-25-5205

4 埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係

電話番号 048-824-2568

別紙 1

テレビ、パソコン（デスクトップ）等を居室にて使用する場合は、月 300 円いただきます。
加湿器（消費電力 100W 以上）の設置は、200W 未満まで 500 円、以下 100W ごとに段階的に 500 円のご負担をいただきます。

ア) 加湿器設置におけるご負担

1 加湿器（カタログ）に表示されている消費電力量により計算した金額とさせていただきます。

2 一月の電気料金負担額＝1日10時間×消費電力×30日×単価 16.08 円

加湿器の消費電力が 100w 未満は、負担なし

消費電力 200w まで月額 500 円

消費電力 300w まで月額 1,000 円

以下、100w ごと、段階的に 500 円の御負担いただきます。

単価は、業務用電力料金その他季（10/1～6/30）を参考にしています。単価変更があった場合は、変更いたします。

3 エコ機能がついている加湿器は、エコ機能時の消費電力を基礎とします。

4 超音波式は、雑菌繁殖の問題から、御遠慮くださるようお願いします。

電気料金試算表

1日の使用時間	消費電力(Kw)	w換算	日数	単価	負担額	実際の負担額
10	0.1	100w	30	16.08	482	0
	0.2	200w			965	500
	0.3	300w			1,447	1,000
	0.4	400w			1,930	1,500
	0.5	500w			2,412	2,000
	0.6	600w			2,894	2,500
	0.7	700w			3,377	3,000

イ) 現在想定してない電気製品の消費電力が大きいと判断される場合は、御負担していただきます。

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉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づ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 白砂恵慈園永田屋

氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型介護老人福祉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ふまでもありません。

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考えます。

(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。