

特別養護老人ホーム 甲賀荘  
指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

滋賀県甲賀市甲賀町大原中 904 番地

社会福祉法人 甲賀会

Ver. H30. 7. 26

指定介護老人福祉施設甲賀荘をご利用頂くに先立ち、是非ともご了解をいただく必要がある事項についてご説明申し上げますので、これを基に契約の有無をご判断下さい。

1. 事業者 法人名 社会福祉法人 甲賀会  
所在地 滋賀県甲賀市甲賀町大原中904番地  
代表者 理事長 中村 三郎  
(TEL 0748-88-5723 FAX 0748-88-5774)

2. 事業の概要

- 1) 名称及び住所 特別養護老人ホーム甲賀荘  
滋賀県甲賀市甲賀町大原中904番地
- 2) 事業の目的 介護保険法の趣旨に従い、要介護者等が可能な限り居宅において自己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援助し、心身の機能の維持に努めると共に、家族の身体的、精神的負担の軽減等を図ることを目的とする。
- 3) 運営方針 通常の家族介護者に代わって、事業所が利用者個々の介護計画に沿って、身近の介護、介助を行いつつ、和やかな雰囲気の中、社会的孤立感の解消や、レクリエーション・リハビリ等を通じて心身の機能の減退を防止することなどに努めます。
- 4) 利用定員 50名
- 5) 利用日 年中無休  
受付け時間 午前9:00－18:30(原則として)
- 6) 設 備 5ユニット 居室 1人用50室  
共同生活室、浴室（リフト付き普通浴槽、特殊浴槽）等

3. 主たる職員体制及び職種

平成30年4月1日現在

管 理 者	兼 務	1人	業務及び職員の管理等
事 務 員	兼 務	2人	利用者の預り金及び利用料徴収等
生 活 相 談 員	兼 務	1人	利用者及び家族の生活相談に応じると共に計画に基づいたサービス実施のための連絡調整等
介護支援 専 門 員	兼 務	1人	利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成

医 師	嘱 託	1人	主に利用者の疾病治療及び健康管理等
看護職員	兼 務	4人	主に利用者の健康管理及び療養上のお世話 その他保健衛生管理
介護職員	兼 務	24人	主に利用者の介護、介助等
機能訓練 指導員	兼 務	1人	主に利用者の機能回復の訓練等
栄 養 士	兼 務	2人	主に利用者の栄養管理及び献立等

(兼務＝短期入所生活介護事業所職員を兼ねる)

#### 4. サービス内容

施設介護計画に基づいた入浴、排泄、食事、その他日常生活の介護、介助等を行います。

##### ○主たる日課

午前 起床7:00－朝食8:00－ ゲーム、音楽、手芸等々 －昼食12:30  
午後 入浴、 夕食18:00 －TV鑑賞等 －就寝21:00

- ・利用者の状況に応じ、適切に介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
- ・状態に応じて入浴または清拭を行います。
- ・入浴（清拭）は週 2 回実施、入浴の無い日はレクレーションや相談等を実施。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身介助を行います。
- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。
- ・血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。

##### ○面 会

時間 ・9:00－18:00（急用等の場合は時間外でも可能）

お願い ・飲食物の持ち込みは食中毒、栄養管理、感染症等衛生上の観点からお断りします。

- ・面会時は、受付窓口の「面会簿」に所要事項を記入して下さい。

## 5. 料金

下記の料金表によって、ご契約者様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（自己負担額）と居室、食事に係る自己負担額の合計金額をお支払いください。

### (1) 保険給付対象サービス

#### ○ユニット型介護福祉施設サービス費（Ⅰ）（平成30年4月1日～）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1. サービス利用料	636単位	703単位	776単位	843単位	910単位
2. 居室費	2,900円				
3. 食費	朝食250円 昼食650円 夕食600円				

※ 居室と食事に係る自己負担額について、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。

※ ご契約者様がまだ要介護認定を受けていないまたは、保険料の滞納がある場合には、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、ご契約者様の負担額を変更します。

#### ○日常生活継続支援加算 一日あたり 46 単位

要介護度の高い方や重度の認知症の方が一定以上入所しており、かつ介護福祉士が入所者に対して6:1以上配置している場合に自己負担が必要となります。

#### ○看護体制加算（Ⅰ） 一日あたり 6単位

常勤看護師を1人配置している場合に自己負担が必要となります。

#### ○看護体制加算（Ⅱ） 一日あたり 13単位

看護職員を基準以上配置し、協力病院等との24時間連携体制を確保している場合に自己負担が必要となります。

#### ○夜勤職員配置加算（Ⅳ） 一日あたり 33単位

夜勤帯に、介護職員または看護職員を基準以上配置している場合に自己負担が必要となります。

- 栄養マネジメント加算 一日あたり 14 単位  
管理栄養士による栄養ケアマネジメントを実施した場合に自己負担が必要となります。
- 口腔衛生管理体制加算 一月あたり 30 単位  
歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月 1 回以上行った場合、かつ口腔ケアマネジメントに係る計画が作成されている場合に自己負担が必要となります。
- 口腔衛生管理加算 一月あたり 90 単位  
歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行った場合に自己負担が必要となります。
- 若年認知症受入加算（対象者のみ） 一日あたり 120 単位  
若年性認知症利用者を受け入れた場合に自己負担が必要となります。
- 外泊時費用 一日あたり 246 単位  
外泊時及び入院時に最長 12 日間、1 日について算定します。なお、居住費については外泊時・入院期間中も請求申し上げます。居住費の請求額は外泊時費用を算定中は、負担限度第 1～第 3 段階の方は限度額認定証に記載されている金額、外泊時費用を算定していない期間は負担限度額に関わらず、1 日あたり ¥1,970 円を徴収します。ただし、入院中のベッドを短期入所利用者に使用した日数は算定いたしません。
- 初期加算 一日あたり 30 単位  
入所日及び 30 日以上入院後の退院日より 30 日以内の期間に、1 日について自己負担が必要となります。
- 看取り介護加算  
医師の診断と本人または家族の同意に基づく施設介護計画を有し、随時説明と同意を得た介護を行い、当該施設内で死亡された場合、死亡日は 1,280 単位、前日及び前々日は 680 単位、それ以前 30 日以内は 144 単位をそれぞれ 1 日について自己負担が必要となります。
- 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）  
上記記載の利用料のうち、算定した額に 1000 分の 83 に相当する単位数の利用

者負担があります。

※ 甲賀市は地域区分が「6級地」であるため、上記表の単位数に10.27円を乗じた金額の介護保険負担割合証に記載の割合が自己負担となります。

## (2) 介護保険給付対象外サービス

以下の金額は、介護保険給付サービスの対象外として、利用料金の全額が利用者の負担となります。

- ・ 個人の電化製品電気使用料等 1 台 500円（一月あたり）
- ・ 貴重品の管理費 希望者のみ 1,000円（一月あたり）
- ・ 入所者立替金管理費 希望者のみ 500円（一月あたり）
- ・ 記録等のコピー代 1 枚 10円
- ・ 甲賀市外の医療機関を受診または入院される際、基本にご契約者様のご家族の付き添いにより受診していただきます。状況に応じて当事業所職員も同行いたします。その際、当事業所の公用車を使用する場合は甲賀市境より片道1kmあたり50円にて計算した額の実費をいただきます。
- ・ 不幸にして施設内でお亡くなりになった際の遺体処置料として 10,000円
- ・ 個人的な外食、特別な食事(酒を含む)、理・美容費、おやつ、喫茶代、衛生材料費等々は実費。

## 6. 利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)の料金、費用は1ヶ月ごとに計算し、毎月15日にまでに請求書を送付します。利用料金の支払いは下記のいずれかの方法で月末までにお支払いください。

① 事業所での現金払い

② 口座引落とし

関西アーバン銀行、滋賀銀行、甲賀農業協同組合、滋賀県信用組合

③ 事業者指定口座への振込

関西アーバン銀行 甲賀支店

普通預金 0044417

シャイフクホジシ ヲカカイ リジチヨウ ナムラ サブロウ

社会福祉法人 甲賀会 理事長 中村 三郎

## 7. 貴重品の管理

利用者の希望により、貴重品管理を致します。詳細は下記の通りです。

① 管理する金銭の形態 金融機関に預け入っている預貯金

- |           |  |
|-----------|--|
| ② お預かりする物 | 上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券年金証書   |
| ③ 保管管理者   | 施設長  |
| ④ 出納方法    | A. 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合は、所定の届出書を保管管理者へ提出して頂きます。<br>B. 保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。<br>C. 保管管理者は出入金の都度、記録簿に記帳し、その写しを年4回、利用者若しくはその家族に交付します。 |

#### 8. 健康診断書等

サービス提供前に主治医等の健康診断を受け、診断書（意見書）または診療情報提供書を提出していただきます。その際、感染症等を有し、他のご利用者様に重大な影響を与えるおそれがある等やむを得ない場合には、治癒するまではサービスの提供をお断りする場合がありますのでご了承ください。

#### 9. サービス提供の記録

毎回のサービス終了時に個別記録表（処遇記録）を作成し、その完結の日から2年間これを保管します。ご契約者様及びご家族は、事業所の営業時間内において事業所にて個別記録表を閲覧することができます。また、ご契約者様は、ご自身に関する個別記録表の複写物の交付を受けることができます。

#### 10. 協力医療機関、バックアップ施設（緊急時の対応）

サービスの提供を行っているときに、利用者の病状に急変が生じた場合、ベッド、車椅子等から転落、転倒等予期せぬ事を起こし、施設内対応が困難となった場合には、家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治の医師、又は協力医療機関の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

当事業所では、ご契約者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

※緊急時の場合には、基本にご契約者様のご家族の付き添いにより受診していただきます。状況に応じて当事業所職員も同行いたします。

（下記医療機関での優先的診療、入院等を約束するものではありません）

- |            |              |                 |
|------------|--------------|-----------------|
| ① 主治医（囑託医） | 隠岐 良達        | 隠岐医院            |
|            | 甲賀市甲賀町隠岐2089 | 電話 0748-88-4072 |

- ② 公立 甲賀病院（協力医療機関）  
甲賀市水口町松尾 1256 電話 0748-62-0234
- ③ 医療法人仁生会 甲南病院（協力医療機関）  
甲賀市甲南町葛木958 電話 0748-86-3131

#### 11. 非常災害対策

災害時の対応・・・職員の誘導により所定の場所に避難  
防災訓練 ……年 4 回以上避難訓練実施  
防火設備 ……自動火災報知機、誘導灯、非常通報装置、消火器、スプリンクラー  
防火管理者 ……小 原 和 茂

#### 12. サービス内容等の相談・苦情

- ① 当事業について、不信、苦情、相談等がありましたら、下記担当者までご連絡下さい。

苦情受付担当者 竹林 和彦（介護支援専門員）  
苦情解決責任者 中村 彰宏（荘長）

- ② 社会福祉法人甲賀会が設置する苦情解決委員に相談することもできます。  
広岡 善夫（0748-88-3371）  
山本 篤之（0748-88-5217）  
野口 洋子（0748-70-2097）

- ③ 下記機関におきましても相談・苦情の窓口が設けられています。

甲賀市役所 健康福祉部長寿福祉課 住所 甲賀市水口町水口 6053 TEL 0748-65-0698
滋賀県国民健康保険団体連合会 住所 大津市中央四丁目 5-9 TEL 077-522-2651

#### 13. 秘密保持

当事業所の職員は、業務上知り得たご契約者様、又はそのご家族の秘密保持を厳守します。また、職員であった者が、業務上知り得たご契約者様、又はご家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

#### 14. 個人情報の保護

サービス担当者会議において、ご契約者様の個人情報を用いる場合は、ご契約者様の同意を、ご契約者様のご家族の個人情報を用いる場合は、ご家族の同意を、あらか



じめ文書により得ることとします。

ご契約様の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。

個人情報の取扱いに関するご契約者様からの苦情については、苦情処理体制に基づき適性かつ迅速に対応するものとします。

#### 15. 身体拘束その他の行動制限

サービスの提供にあたり、ご契約者様、又は他のご利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法によりご契約者様の行動を制限しないものとします。

ご契約者様に対し隔離、身体拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限する場合は、ご契約者様に対し事前に、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明を行うものとします。又この場合は、事前、又は事後速やかに、ご契約者様のご家族等に対し、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明するものとします。

隔離、身体的拘束、薬剤投与その他の方法により行動を制限した場合には、記録に次の事項を記載するものとします。

- ① 行動制限を決定した者の氏名、行動制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間
- ② 前項に基づくご契約者様に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要
- ③ 前項に基づくご契約者様のご家族等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要

#### 16. 損害賠償責任

サービス提供にともなって事業者の責めに帰すべき事由により、ご契約者様が損害を被った場合、事業者はご契約者様に対して損害を賠償するものとします。

ご契約者様の責に帰すべき事由によって、事業者が損害を被った場合、ご契約者様及び代理人は連帯して事業者に対してその損害を賠償するものとします。

但し、事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ① ご契約者様が本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ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合
- ② ご契約者様がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害

が発生した場合

- ③ ご契約者様の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
- ④ ご契約者様が事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

#### 17. サービス利用にあたっての留意事項

- ① サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
- ② サービス提供前に健康チェックを行い、結果によっては、入浴サービス等を中心する場合があります。
- ③ 他の利用者の迷惑になる行為（喫煙、飲酒など）はご遠慮ください。
- ④ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ⑤ 事業所内で、他のご利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動等をご遠慮ください。

#### 18. 人権への配慮等

利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置し、従業者に対し研修の機会を確保します。

同和教育推進委員長	中村 彰宏	(  庄長)
人権推進員	中村 ゆかり	(  看護師)

#### 19. 非常災害対策

災害発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力を行う体制を構築するよう努めます。

#### 20. 終末期の対応

医師により一般的に認められている医学的見地から判断して回復の見込みが無く、かつ、医療機関での対応の必要性が薄いと判断した利用者に、医師より利用者または家族にその判断内容を懇切丁寧に説明し、説明を受けた上で、利用者又は家族は利用者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院するか選択することが出来ます。

終末期に施設で介護を受けて過ごすことに同意を得た場合、看取り介護に関する計画を作成して実施します。医療機関入院を希望する場合は、施設は入院に向けた支援を行いません。

以下の各号については施設における医療体制ですので、予めご理解ください。

- ① 常勤医師の配置がないこと、嘱託医師とは 24 時間の連絡体制を確保して、必要

に応じ健康上の管理等に対応すること、

- ②病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護師が医師との連絡を取り判断すること。
- ③夜間は医療スタッフが不在で、夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づき看護師と連絡を取って緊急対応を行う。看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること。

介護老人福祉施設事業について、本書面にに基づき重要事項を説明し交付しました。

平成 年 月 日

事業者 所在地 滋賀県甲賀市甲賀町大原中904番地  
法人名 社会福祉法人 甲 賀 会  
(指定番号) 2571400155  
事業所名 特別養護老人ホーム 甲 賀 荘  
管理者 中 村 彰 宏

説 明 者 \_\_\_\_\_ 印

私は、介護老人福祉施設について事業所職員から重要事項の説明を受け内容を確認しました。

本 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 (本人から見て) \_\_\_\_\_