

「地域密着型介護老人福祉施設」（サテライト型）

小規模特別養護老人ホーム池田長寿苑 重要事項説明書

令和07年6月24日改訂版

当施設は介護保険の指定を受けています。
(指定 第0194700266号)

当施設は、ご契約者に対して地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。施設の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

☆当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方及び池田町に認定を受けられた特例入所に該当した方が対象となります。

◇ 目 次 ◇

1. 事業の目的と運営方針
2. 施設経営法人
3. 施設の内容等
4. サービスの内容
5. 利用料金
6. サービス利用に当たっての留意事項
7. 非常災害対策
8. 緊急時の対応
9. 事故発生時の対応
10. 施設を退所していただく場合
11. 守秘義務に関する対策
12. 入所者の尊厳
13. 身体拘束の禁止
14. 苦情相談窓口
15. 協力医療機関等
16. 損害賠償について

1. 事業の目的と運営方針

(1) 目的

当施設は、要介護状態（要介護度3以上及び特例入所者）にある方に対し、施設サービス計画に基づき、適正な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することにより、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご契約者（以下利用者）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にすることを目指します。

また、行政、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) 運営方針

利用者の人権を尊重し、保険・福祉・医療の連携、地域及び地域住民との連携強化に努め、高齢者が地域社会において安心して生活を送ることができるよう支援いたします。又、利用者の生活支援において、家庭的な雰囲気の中、地域とのふれあいや、個々の生活スタイルに配慮し、その人らしい生活ができる暮らしを目指します。そして常に誠意をもって質の高いサービスが提供できるよう、職員の研修・研究により専門性の向上に努めます。

2. 施設経営法人

法 人 名	社会福祉法人 池田光寿会
所 在 地	北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地20
電 話 番 号	015-572-5955
ファックス番号	015-572-5954
代 表 者 氏 名	理 事 長 畠 山 敏 彦
設 立 年 月 日	昭和28年5月22日

3. 施設の内容等

(1) 名称等

施 設 名	小規模特別養護老人ホーム 池田長寿苑
指 定 番 号	池田指定 第0194700266号
所 在 地	北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地20
施設長（管理者）	田岡 政雄
開 設 年 月 日	平成23年9月1日
定 員	29名
電話・FAX番号	Tel 015-578-7233 FAX 015-578-7288
指定を受けた地域	池田町

（本体施設）

施 設 名	特別養護老人ホーム 池田光寿苑
指 定 番 号	北海道指定 第0174700245号
所 在 地	北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地の20
電話・FAX番号	Tel 015-572-5955 FAX 015-572-5954

(2) 施設の職員体制

職種	職務の内容	配置数	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	業務の一元的な管理	1名	—	1名
医師（嘱託）	健康管理及び療養上の指導	1名		1名
生活相談員	生活相談及び指導	1名	1名	1名
介護支援専門員	ケアプラン作成	1名		1名
看護師 もしくは准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能の チェック及び指導、保健衛生管	2名	1.5名	1名
介護職員	介護業務	21名	17.6名	10名
※管理栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名		1名
機能訓練指導員	身体機能の向上・健康維持のための指導	1名	1名	1名
調理員（委託）	献立表にしたがって調理等を行う	都度		
安全対策体制担当者	事故防止及び事故発生時の対応	1名		

※についてはサテライト施設型のため本体施設と兼務。

機能訓練指導員は看護師と兼務

施設長と介護支援専門員は兼務

相談員と安全対策体制担当者は兼務

(3) 設備の概要

定員・・・・・・ 29名

居室・設備の種類	室数	1室あたり面積	基準（備考）
居室（個室）	29室	16.0㎡以上	13.2㎡以上
ユニットサロン（居間兼食堂）	4室	さくら つつじ かしわ かえで	1名の入居者に対し2㎡以上
特殊浴室	1室	15.9㎡	座位式入浴機械
一般浴室	2室	6.4㎡	

① 居室 29室

入所者の居室は、ベッド・枕元灯・ロッカーを備品として備えます。

居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

② ユニットサロン（居間兼食堂）及び機能訓練室

イ それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、2平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上とします。（但し、サテライト型居住施設については、食事の提供又は機能訓練を行う場合において、当該食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保できるときは、同一の場所とすることができます。）

ロ 必要な備品類を備えること。

③ 浴室など 2室

浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

④ 洗面所 各部屋に完備

⑤ トイレ 10室

必要に応じて各所に洗面所やトイレを設けます。

⑥ 医務室 なし

医療法に規定する診療所とすることとし、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けています。（但し、サテライト型居住施設については、医務室を必要とせず、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けることで足りるものとします。）

4. サービスの内容

(1) 基本サービス

① 食事

- ・栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。
- （食事時間） 朝食 7:45～9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:00～18:00

② 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回程度行います。
- ・重度であっても、身体状況に応じた設備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、入所者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、入所者の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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ その他自立への支援

- ・契約者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を原則としています。
- ・重度化防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・シーツの交換は、週1回、寝具の消毒は、状況に応じて適宜行うものとし衛生の保持に努めます。

(2) その他のサービス

① 理容

理容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合、ご希望の方は申出ください。

(日程は複数人集まり次第実施するものとし、期日は施設に一任するものとします。料金は理美容施設へ直接お支払いいただきます。)

② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限にお願い致します。

③ レクリエーション

年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。行事によっては別途参加費がかかるものがございます。(利用期間中に行われる場合)

5. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

① 介護報酬告示額（介護保険給付費）

《1》基本料金（1日当たり）

介護区分	介護保険負担割合証に記載された揭示額（自己負担割合）										
	ア	イ		ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ
	基本サービス費	日常生活支援継続加算	サービス提供体制強化加算	看護体制加算	栄養マネジメント強化加算	夜勤職員配置加算	初期加算	外泊時費用加算	安全対策体制加算	協力医療機関連携加算	介護職員処遇改善加算
要介護 1	6,820 円	460 円	180 円	120 円	110 円	460 円	300 円	2,460 円	200 円	500 円	ア～ケの合計 11.3%
要介護 2	7,530 円										
要介護 3	8,280 円										
要介護 4	9,010 円										
要介護 5	9,710 円										

※サービス加算種別

イ 日常生活継続支援加算・サービス提供体制強化加算

1日につき ※同時に二つの加算は算定できません。どちらかの算定になります

カ 初期加算

1日につき（最大30日間まで）新規入所または入院1ヶ月以上経過し施設に戻られた場合

キ 外泊時費用加算

1日につき（最大6日間まで）施設外で外泊や病院で入院された場合

ク 安全対策体制加算

入所時に1日のみ算定

ケ 協力医療連携加算

月に1回のみ算定

※基準など要件に満たしていない加算は頂きません。

②その他の費用（介護保険給付費外）

《1》「居住費」及び「食費」 1日あたりの金額

	居住費	食費
ユニット型個室	2,066円	1,553円

※ 介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

介護負担限度額認定証

食事提供に要する費用（食材費及び調理費）

食事提供に要する費用 (1日あたり)	通常 第4段階	介護保険負担限度額認定証記載の金額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
		300円	390円	650円	1,360円

※第4段階以上の方は 朝384円 昼545円 夜624円の実食数計算となります。

滞在に要する費用（光熱水費相当費用）

一日あたりの居住費 (1日あたり)	通常 第4段階	介護保険負担限度額認定証記載の金額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
		880円	880円	1,370円	1,370円

◎ 一日あたり利用料金＝ ①介護報酬告示額 ＋ ②その他の費用

※算定要件により、加算種別、加算単位幅などが、変動します。

※提供している加算種別・加算単位の詳細は請求書兼領収書をご覧ください。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

《2》運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）

区 分	金 額（単 位）	内 容 の 説 明
① 理美容代	出張サービス会社の提示額に準ずる。	理髪・顔そり代
② 専用通帳管理代	1ヶ月1,000円	施設側で利用料などの引き落としなどの入居者様の金銭管理を行います。
③ レクリエーション・行事代	都度	材料・参加費等の実費をいただきます。
④ 複写物の交付	モノクロ 1枚20円 カラー 1枚50円	

（注）日用品費、健康管理費 必要に応じて設定してください。（予防接種、その他 ある場合記入してください。）

① 理髪

月に1回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔そり）をご利用頂けます。

○利用料金：出張サービス会社の提示額に準ずる。

② 専用通帳の管理

ご契約者専用通帳の管理を行います。詳細は以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預けている預金

○お預かりするもの：上記預金通帳、金融機関へ届け出た印鑑、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

預貯金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、施設所定の届出書を保管管理者へ提出して頂きます。

保管管理者は、上記の届け出の内容に従い、預貯金の預け入れ及び引き出しを行います。

保管管理者は、出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ3ヶ月毎に、報告します。

利用料金：一ヶ月あたり 1,000円

③ 主なレクリエーション・行事予定

月	行事名	内容
1月	新年交礼会	新年を全員でお祝いします。
8月	ふれあい祭り	ご家族、地域住民・ボランティアの方と共に夏祭りを開催し、交流をはかります。
9月	開苑記念行事	施設の開苑記念日をお祝いします。
9月	そば打ち	利用者様、ご家族様、職員との交流を深めます。
9月	長寿を祝う会	ご長寿を祝います。
12月	餅つき	利用者様、職員の交流を深めます

※各ユニット単位で誕生会やお花見、買い物などの行事を随時実施しております。

④ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧出来ますが、複写物を必要とする場合は実費をご負担いただきます。

6. サービス利用に当たっての留意事項

- ① 入所者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- ② 入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- ③ 施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④ 従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

7. 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上入所者及び従業者等の訓練を行います。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、各関係機関への連絡等必要な措置を講じます。

9. 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、速やかに損害を賠償いたします。

10. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では、契約が終了する期日は特に定めておりません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に、このような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

- ① 介護認定により、ご契約者の心身の状態が自立または要介護1.2（特例入所者は除く）と判定された場合。
- ② 解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

- （1）ご契約者から退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第18条参照）契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には退所を希望する日の8日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には即時に契約を解除・解約し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合

- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ⑤ 業者もしくは介護サービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第16条～19条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただく場合があります。

- ① ご契約者が、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 ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上延滞し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・財物・信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

- ④ ご契約者が連続して9日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

※ 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第20条参照）

当施設入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

- ① 検査入院等、8日以内の短期入院の場合

8日以内入院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をいただきます。サービス費用から介護保険給付額を差し引いた差額分を負担していただきます。

- ② 9日以上入院された場合

契約を解除する場合があります。但し、契約を解除した場合であっても、3ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に優先的に入所できるように努めます。

- ③ 3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には、契約を解除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。

11. 身元引受人の役割

- 1 事業者は契約者に対し、身元引受人を求めることがあります。但し、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、この限りではありません。

- 2 身元引受人は、次の各号の責任を負います。

- (1) 契約者が疾病などにより医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように協力すること
- (2) 契約終了の場合、事業者と連携して契約者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めること
- (3) 契約者が死亡した場合の遺体及び遺留金品の引受その他必要な措置をすること

- 3 本契約が終了した場合、事業者は契約者又は身元引受人に残置物の引き取りについて連絡するも

のとします。

- 4 契約者又は身元引受人は、前項の連絡を受けた後2週間以内に残置物を引き取るものとします。
但し、契約者又は身元引受人は、特段の事情がある場合には、前項の連絡を受けた後、速やかに事業者はその旨連絡するものとします。
- 5 身元引受人がその役割、責任を十分に果たさない場合、または同役割、責任を十分に果たすことが期待できない場合には、事業所の判断により、身元引受人の同意なく身元引受人を別の者に変更できるものとする。

12. 守秘義務に関する対策

施設及び従事者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従事者との雇用契約の内容としています。

13. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従事者教育を行います。

14. 身体拘束の禁止

原則として、入所者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、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の入所者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。

15. 苦情相談窓口

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 ○窓口担当者 : 〔職 名〕 相 談 員 〔氏 名〕 吉田 裕也
 ○解決責任者 : 〔職 名〕 施 設 長 〔氏 名〕 田岡 政雄
ご利用時間 : 月～金曜日 9時00分～17時00分
ご利用方法 : 電話 015-578-7233

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

・池田町保健センター

所在地 : 中川郡池田町字西3条5丁目
電話番号 : 015-572-2100 FAX番号 : 015-572-2862
受付時間 : 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

・北海道国民健康保険団体連合会

所在地 : 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館
電話番号 : 011-231-5161 FAX番号 : 011-233-2178
受付時間 : 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

介護保険課苦情処理係

電話番号 : 011-231-5175
受付時間 : 9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

(3) 社会福祉法人池田光寿会 苦情処理第三者委員

〔氏 名〕河合 勇夫 （連絡先電話 015-572-3870）

〔氏 名〕伊藤 征四郎 （連絡先電話 015-572-2145）

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

16. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

○協力医療機関

- ・名称 十勝いけだ地域医療センター
- ・住所 中川郡池田町字西2条5丁目25番地

○協力歯科医療機関

- ・名称 ユタカ歯科
- ・住所 中川郡池田町利別西町1番地5

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの開始に当たり、入所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交付しました。

<施設>

所在地 北海道中川郡池田町字西2条10丁目2番地の20

施設名 小規模特別養護老人ホーム 池田長寿苑
(指定番号 池田町指定第0194700266)

代表者 理事長 畠山 敏彦 印

説明者 生活相談員 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<入所者>

住所

氏名 印

<身元引受人>

住所

氏名 印(続柄)