

特別養護老人ホームあそうの郷 重要事項説明書

1. 施設経営法人

法人名 社会福祉法人 愛和会
代表者氏名 理事長 森 誠
法人所在地 茨城県古河市駒羽根 320 番地 1
TEL・FAX 番号 TEL 0280-93-0234
設立年月日 平成 15 年 8 月 1 日

2. ご利用施設

施設の種類 指定介護老人福祉施設 指定茨城県第 0 8 7 3 7 0 0 5 3 8 号

施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者（利用者）に、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は、精神上著しく障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

施設の名称 特別養護老人ホーム あそうの郷
施設の所在地 茨城県行方市青沼 9 8 1 番地 2
TEL・FAX 番号 TEL 0299-73-0311 FAX 0299-73-0322
施設長(管理者) 施設長 森 光子

当施設運営方針 この法人は、社会福祉事業の主たる担い手としてふさわしい事業を確実、効果的かつ適正に行い、その提供する福祉サービスの質の向上を図るものとします。また、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

開設年月日 平成 1 7 年 8 月 1 日
入所定員 9 0 人 （平成 2 5 年 9 月 1 2 日 4 0 部屋増床）

3. 居室の概要

当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、全室個室となっています。

居室・整備の種類	屋 数	備 考
個 室	90室	1ユニット10室、9ユニット
食 堂	9室	ユニットごと
機能訓練室	1室	デイサービスと併用
浴 室	11室	個人浴槽、機械浴槽、特殊浴槽
医務室	1室	

* 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

令和6年3月31日現在

職 種	常勤換算	指定基準
施設長（管理者）	1	1
介護職員	47.2	30
生活相談員	1	1
看護職員	3.6	3
機能訓練指導員（兼務）	(1)	1
介護支援専門員	1	1
医師	0.1	必要数
栄養士又は管理栄養士	1	1

* 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

【主な職種の勤務体系】

職 種	勤務体制	
医 師	毎週金曜日	12：40～14：30
介護職員	早番	7：00～16：00
	日勤	8：30～17：30
	遅番	12：00～21：00
	夜勤	20：40～ 7：00
看護職員	日勤	8：30～17：30

5. 施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- ・利用料金が介護保険から給付される場合
- ・利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

（1）〈サービスの概要〉

ア 食事

- ・当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して各ユニットにて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・食事時間は、利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に提供します。

イ 入浴

- ・入浴又は清拭を原則週2回行います。
- ・ご希望の日があれば各ユニットの個浴で入浴できます。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

ウ 排泄

- ・排泄の自立支援を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

エ 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用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またはその減退を防止するための訓練を実施します。

オ 健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

カ その他自立への支援

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

(2) 〈サービス利用料金（1日あたり）〉（契約書第7条参照）

下記の料金表によって、ご利用者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額を除いた金額（自己負担額）と食事に関わる標準自己負担額、ホテルコストの合計金額をお支払い下さい。その他、加算が追加されます。

6. 特別養護老人ホームあそこの郷（ユニット型個室）利用料金表

(1) 介護保険が適用される利用料

表1【ユニット型介護老人福祉施設】（1日あたり）（令和6年4月1日より）

	ユニット型 介護福祉施設 サービス費(I)	夜勤職員 配置加算 (II)	日常継続 支援体制 加算	介護職員 処遇改善 加算(I)	特定処遇 改善加算 (I)	1日分 合計	負担割合 1割	負担割合 2割	負担割合 3割
要介護1	670円	18円	46円	60円	19円	813円	24,390円	48,780円	73,170円
要介護2	740円	18円	46円	65円	21円	890円	26,700円	53,400円	80,100円
要介護3	815円	18円	46円	71円	23円	973円	29,190円	58,380円	87,570円
要介護4	886円	18円	46円	77円	25円	1,052円	31,560円	63,120円	94,680円
要介護5	955円	18円	46円	83円	27円	1,129円	33,870円	67,740円	101,610円

表2【食費・居住費】（1日あたり）

※介護老人福祉施設・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護をご利用の方が市町村に低所得者負担軽減措置の申請を行い、上記の第1～3段階のいずれかに認定された場合には、食費・居住費の自己負担額が軽減されます。

	居住費	食費	1日分	30日分	介護保険負担限度額認定証の対象となる方
第1段階	880円	300円	1,180円	35,400円	市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給されている方 生活保護受給者の方
第2段階	880円	390円	1,270円	38,100円	市民税非課税世帯の方で合計所得金額と公的年金等収入80万円以下の方 預貯金等が単身650万円 夫婦1650万円以下の方
第3段階①	1,370円	650円	2,020円	60,600円	市民税非課税世帯の方で合計所得金額と公的年金等収入80万円以上120万円以下の方 預貯金等が単身550万円 夫婦1550万円以下の方
第3段階②	1,370円	1,360円	2,730円	81,900円	市民税非課税世帯の方で合計所得金額と公的年金等収入120万円以上の方 預貯金等が単身500万円 夫婦1500万円以下の方
第4段階	2,066円	1,750円	3,816円	114,480円	市民課税世帯の方/1～3段階に該当されない方

*ご利用者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、ご利用者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、変更された額にあわせて、ご利用者の負担額を変更します。

*食事は、1日1食でも提供した場合は、1日分の金額をご負担いただきます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者（利用者）の負担となります。

表4【ユニット型介護老人福祉施設】

区 分	利用料
金銭出納代行を含む貴重品管理費	1,500円/1ヶ月
理美容サービス	実費
送迎代	片道 25Km未満 500円 片道 25Km以上 1000円 高速代等は実費となります。
付き添い費（私的な外出・外泊・その他）	1,000円/1時間につき
特別な食費(禁酒です)	実費
診察代・薬代	実費
レクリエーション・クラブ活動費 ※ユニットごとにレクリエーションを行います。	実費
複写物の交付 ※ご契約者（利用者）は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが複写の場合は料金が発生します。	実費
日常生活上必要となる諸費用 ※ご利用者の日常生活に要する費用として適当な物。	例) ポリデント等口腔衛生用品 時価 ティッシュボックス 時価
家電使用料（テレビ・ラジオ等） ※居室にてテレビ・ラジオ等の家電を使用される方のみ頂きます。	35円/日
日用品買い物代行サービス料 ※施設で日用品の代理購入をした際に頂きます。	100円/1回

※補足（金銭出納代行を含む貴重品管理費）

管理する金銭の形態：施設指定する金融機関に届け出た印鑑、有価証券、年金証書、小口現金
金お預かりする物：上記預金通帳と金融機関へ届けた印鑑、有価証券、年金証書、小口現金

保管管理者：施設長

出納方法：手続きの概要は以下のとおりです。

- ・現金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・保管管理者は、上記届出の内容に従い、現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、その写しをご利用者へ交付します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

ア 表1、2、4の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、請求書発行月の24日までに窓口での現金支払い、お振り込み、口座お引き落としのいずれかでお支払い下さい。

※1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

イ 口座お引き落としの場合は、ご本人の通帳を作ってください、そこから口座引き落としをさせていただきます。

なお、月途中で退所される場合は、退所の際にお支払い下さい。

貴重品の管理サービスなど1ヶ月単位で料金設定を行っているサービスについて、1ヶ月に満たない期間に関する利用料金は、日割り計算をした金額とします。

※（1ヶ月あたりの利用料金×12ヶ月÷365×日数）

(4) 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（利用者）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・入院治療を義務づけるものではありません。）

〈協力医療機関〉

医療機関の名称	白十字病院
所在地	神栖市賀2148
診療科	内科、外科、脳外科、皮膚科等

医療機関の名称	宮本病院
所在地	稲敷市幸田1247
診療科	内科、整形外科、神経精神科等

医療機関の名称	大崎歯科医院
所在地	潮来市新宮1224-2
診療科	歯科 口腔外科

7. 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、契約が終了する期間は特にさだめていません。したがって、以下のようない事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。仮に以下のような事由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（利用者）に退所していただくことになります。（契約書第17条）

- ・介護認定によりご契約者（利用者）の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。
- ・事業者が解散・倒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
- ・施設の滅失や重大な毀損により、ご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合。
- ・施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。
- ・契約者（利用者）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。）
- ・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下さい。）

（1）ご契約者（利用者）からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

（契約書第18条、第19条、第20条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者（利用者）から又、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7日前までに解約届書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ア 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。
- イ 施設の運営規程の変更に同意できない場合。
- ウ ご利用者が入院された場合。
- エ 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。
- オ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- カ 事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体・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。
- キ 他の利用者がご利用者の身体・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取らない場合。

（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20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ことがあります。

- ア ご契約者（利用者）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。
- イ ご契約者（利用者）による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、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。
- ウ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、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。

- エ ご利用者が連続して3ヶ月を超えて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。
- オ ご利用者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。

(3) ご利用者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第22条参照）

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合

ア 検査入院等、短期入院の場合（1日あたり246円）

1ヶ月につき6日間以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、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、所定の利用料金をご負担いただきます。

イ 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院は、3ヶ月以内に退院された場合に退院後再び施設に入所することができます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていないときには、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。
なお、短期入院の期間内は、利用料金をご負担いただきます。

ウ 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。

(4) 円滑な退所のための援助（契約書第21条参照）

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、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ご契約者に対して速やかに行います。

- ア 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- イ 居宅介護支援事業者の紹介
- ウ 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. 身元保証人（契約書第24条参照）

契約締結時にあたり、身元保証人をお願いいたします。契約終了後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合に備えて「残置物引取人」（保証人）に連絡のうえ残置物を引き取っていただきます。また、引越しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人（保証人）にご負担いただきます。

*入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結する事は可能です。

9. 苦情の受付について（契約書第26条参照）

※当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）

施設長	森光子
介護主任	関野公裕
生活相談員	菅谷千賀子

受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30（原則として）

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

※行政機関その他苦情受付機関

行方市役所介護福祉課（玉造庁舎）

所在地 行方市玉造甲404

電話番号 0299-55-0111

受付時間 9：00～17：00（平日）

国民健康保険団体連合

所在地 水戸市笠原町978-26

茨城県市町村会館内

電話番号 029-301-1550

F A X 029-301-1580

受付時間 9：00～17：00（平日）

茨城県社会福祉協議会（茨城県総合福祉会館内）

所在地 水戸市千波町1918

電話番号 029-241-1133

F A X 029-241-1434

受付時間 9：00～17：00（平日）

重要事項説明書付属文書

1. 施設の概要

建物の構造 鉄筋2階建
建物の延べ床面積 4,707.36㎡
併設事業（当施設では、次の事業を併設して実施しています。）

【短期入所生活事業】 平成17年 8月 1日 指定
茨城県指定 第0873700546号 定員10名
【通所介護事業】 平成17年 8月 1日 指定
茨城県指定 第0873700553号 定員30名

2. 契約締結からサービス提供まで

ご利用者に対する具体的なサービス内容や提供方針については、入所後作成する施設サービス計画（ケアプラン）の作成及びその変更は次のとおり行います。（契約書第2条参照）

当施設の介護支援専門員（ケアマネージャー）に施設サービス計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。

□

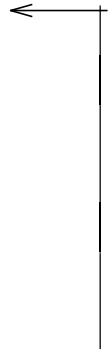
担当者は施設サービス計画の原案について、ご契約者（利用者）及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

□

施設サービス計画は、要介護認定更新時や区分変更認定時、もしくはご利用者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうか確認し、変更の必要のある場合には、ご利用者及びその家族等と協議して、施設サービス計画を変更します。

□

施設サービス計画が変更された場合には、ご契約者（利用者）に対して書面を交付し、その内容を確認します。



3. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ・ご利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ・ご利用者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
- ・非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご利用者に対して、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ・ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ・ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者（利用者）または保証人の請求に応じ閲覧させ、複写物を交付します。
- ・ご利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご利用者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ・事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏らしません(守秘義務)ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者（利用者）の同意を得ます。

4. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入所にあたり、原則として、衣類・家具・電化製品等日用品を持ち込んでいただいて結構です。ただし、火災のおそれのある物等法人が不適切と判断したものは持ち込むことができません。

(2) 面会時間 8：30～19：30

(3) 外出・外泊（契約書第25条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

ただし、外泊については、最長で月6日間（複数の月にまたがる場合は12泊）とさせていただきます。（外泊日及び帰園日を除く）

(4) 食事

食事が不要な場合には、前日までにお申し出ください。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書の表2に定める「食事に関わる自己負担額」は減免されることがあります。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者（利用者）に自己負担により現状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・ご契約に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内は全館禁煙です。

(7) 電気製品持込

電気製品（テレビ等）は持込可能ですが、火災等のおそれがある物で、法人が不適切と判断したものは持ち込むことができません。

5. 損害賠償について（契約書第14条、第15条参照）

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その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る場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

6. 第三者評価の実施状況

第三者による評価 の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

重要事項説明同意書

指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に際し、ご契約者（利用者）に対して、契約書及び重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 愛 和 会
特別養護老人ホーム あそうの郷
所在地 茨城県行方市青沼981番地2
代表者 施設長 森 光子 ㊟

説明者 特別養護老人ホーム あそうの郷
職名 生活相談員
氏名 菅谷 千賀子 ㊟

私は、契約書及び本書面により、事業者から重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

契約者 住所

氏名 ㊟

続柄（ ）

利用者 氏名 ㊟