

指定介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1. 施設の目的と運営方針

(目的)

社会福祉法人六郷仙南福祉会が設置する介護老人福祉施設事業の運営および利用について必要事項を定め、事業の円滑な運営を図ることを目的とします。

(基本方針)

施設サービス計画に基づき、利用者が可能な限り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入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の世話等のサービスを提供します。

(運営方針)

- 1 施設において提供するサービスは、介護保険法並びに厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- 2 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別に施設介護計画を作成・交付することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供します。
- 3 利用者又はその家族に対し、サービスの内容及び提供方法について分かりやすく説明し、同意を得ます。
- 4 適切な介護技術をもって、サービスを提供します。
- 5 サービスの提供にあたり、利用者のプライバシーの保護について十分に配慮するものとします。
- 6 常に、提供したサービスの質と管理、評価を行うよう行政と相談して進めます。

2. 事業者

事業者の名称	六郷仙南福祉会
所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山187
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 照井 富士男

3. 利用施設

施設の名称	特別養護老人ホームロートピア緑泉
所在地	秋田県仙北郡美郷町六郷字作山187
秋田県知事指定番号	0572650539
施設長氏名	施設長 佐藤 義勝

4. 施設があわせて実施する事業

事業の種類（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域
訪問介護事業所 第1号訪問事業 (0572605863)	美郷町
通所介護事業所 第1号通所事業 (0572605855)	美郷町、大仙市下深井、 大仙市和合、大仙市橋本
短期入所生活介護事業所 介護予防短期入所生活介護事業所 (0572605830)	美郷町
居宅介護支援事業所 介護予防支援事業所 (0572600575)	美郷町（旧六郷町）

5. 施設の職員体制

（ ）は兼務

職 種	保 有 資 格	常勤	非常勤	計	業 務 内 容
施 設 長	社会福祉士	1		1	業務の統括
事 務 員		1		1	事務処理
生 活 相 談 員	介護支援専門員、介護福祉士 社会福祉主事	1		1	生活相談 連絡調整
介護支援専門員	介護支援専門員	1		1	課題分析 計画作成
看 護 師	看護師免許、准看護師免許 介護支援専門員	3（1）	1	4（1）	健康管理
介 護 士	介護福祉士	2 4	2	2 6	介護
管 理 栄 養 士	管理栄養士	1		1	栄養管理
調 理 員	調理師	6	1	7	調理
機能訓練指導員	准看護師免許	（1）		（1）	
嘱 託 医 師	医師		（1）	（1）	健康管理
清 掃 員			1	1	居室清掃

6. 施設の概要

敷 地	1 0, 7 4 2. 6 5 m ²
構 造	鉄骨鉄筋コンクリート造平屋建
延 べ 床 面 積	2, 9 1 6. 7 2 m ²
利 用 定 員	5 0 名
シ ョ ー ト ス テ イ	1 0 床

(1) 居室

居室の種類	員数	面積	一人あたりの面積
1 人 部 屋	1 4 室	1 5 9 m ²	1 1 . 3 5 7 m ²
2 人 部 屋	1 室	1 6 . 5 m ²	8 . 2 5 m ²
4 人 部 屋	1 1 室	3 6 3 m ²	8 . 2 5 m ²

※ (ショートステイ含む)

(2) 主な設備

設 備 の 種 類	室 数 等	面 積	備 考
食 堂	1	1 5 6 . 0 0 m ²	
機 能 回 復 訓 練 室	2	6 6 . 0 0 m ²	
一 般 浴 室	1	3 2 . 7 0 m ²	
特別浴室・車椅子浴室	各 1 台	5 2 . 6 4 m ²	
医 務 室	1	5 0 . 7 0 m ²	
ト イ レ	2	6 6 . 0 0 m ²	

7. 施設サービスの概要

サ ー ビ ス の 種 別	内 容
食 事	(食 事 時 間) 朝 食 7 時 3 0 分 ～ 昼 食 1 2 時 0 0 分 ～ 夕 食 1 8 時 0 0 分 ～ ・管理栄養士が、栄養と身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・できるだけ離床して、食堂で食べていただくよう配慮します。 ・1週間分の献立を掲示板でお知らせします。 ・食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談ください。
口 腔 ケ ア	・毎食後、口腔清掃により歯垢や食物残渣を除去し、口腔内を清潔に保つとともに、義歯の手入れにも努めます。
排 泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに排泄の自立、適切な援助を行います。
入 浴	・年間を通じて週2回以上の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
離 床 、 着 替 え	・寝たきり防止のため、できるだけ離床に配慮します。 ・利用者の状態に合わせて、毎朝夕の着替えを行うよう

	配慮します。
整 容 等	・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ、カバー交換を週 1 回実施します。
機 能 訓 練	・ 機能訓練指導員による機能訓練を、利用者の状況にあわせて行います。 (平行棒・歩行訓練用階段・輪投げ・リハビリ体操等)
健 康 管 理	・ 嘱託医師により、週 2 回診察日を設けて健康管理に努めます ・ また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて、できるだけ配慮します。
相 談 及 び 援 助	・ 当施設は、利用者及びその家族からの相談については誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 ・ 利用者の権利擁護のため、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の活用を援助します。

8. 利用料金

介護保険負担割合証をご提示いただき、1 割の方は次の①～④の合計を、2 割の方は①、②を 2 倍した金額と③を足し合わせた金額を、3 割の方は①、②を 3 倍した金額と③を足し合わせた金額をお支払いいただきます。

① 要介護度区分による介護福祉施設サービス費の 1 0 %又は 2 0 %又は 3 0 %

要介護度区分	1 日当りの利用料 (円)
要介護 1	5 8 9
要介護 2	6 5 9
要介護 3	7 3 2
要介護 4	8 0 2
要介護 5	8 7 1

*利用者の申請により、年収等に応じた高額介護サービス費支給の制度があります。

②加算体制

日常生活継続支援加算 (I) (注)	1 日あたり 3 6 円 介護福祉士が一定割合以上配置されている場合に加算されます。
-------------------------	---

看護体制加算（Ⅰ） （注）	1日あたり6円 正看護師を1名以上配置している場合に加算されます。
看護体制加算（Ⅱ） （注）	1日あたり13円 看護職員を通常よりも多く配置している場合に加算されます。
夜勤職員配置加算	1日あたり28円 夜勤帯の介護職員、看護職員を通常より多く配置している場合に加算されます。
外泊時費用加算	1日あたり246円 入院または外泊のときは初日と最終日を除いて、1ヵ月のうち6日間に限り負担していただきます。
初期加算	1日あたり30円 入所した日から30日に限り割増しとなります。31日以上の上の入院後に再び入所するときも同様となります。
栄養マネジメント強化加算	1日あたり11円 個々人に最適な栄養ケアを行った場合に加算されます。
経口維持加算	1月あたり400円 摂食障害を有し、誤嚥の可能性のある入所者に対して、医師等の指示に基づき栄養管理を行った場合に加算されます。
看取り介護加算	死亡日以前31日以上45日以下 1日あたり 144円 死亡日以前4日以上30日以下 1日あたり 144円 死亡日の前日と前々日 1日あたり 680円 死亡日 1日あたり 1,280円 医師が終末期にあると判断し、利用者または家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に加算されます。
看取り介護加算 （施設内で亡くなった場合）	死亡日以前31日以上45日以下 1日あたり 72円 死亡日以前4日以上30日以下 1日あたり 144円 死亡日の前日と前々日 1日あたり 780円 死亡日 1日あたり 1,580円
配置医師緊急時対応加算	配置医師の通常の勤務時間外（以下の場合を除く） 1回 325円 早朝・夜間の場合 1回 650円 深夜の場合 1回 1,300円 緊急時に医師が施設を訪問し、利用者の診療を行った場合に加算されます。

療養食加算	1食あたり6円 (医師の発行する食事箋に基づき提供される糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、すい臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食)
若年性認知症利用者 受入加算	1日あたり120円 若年性認知症患者へ希望を踏まえたサービスを提供した場合に加算されます。
褥瘡マネジメント加算	1月あたり3円 継続的に入所者の褥瘡管理を行った場合に加算されます。
排せつ支援加算	1月あたり10円 排せつに介護を要する利用者に支援計画を作成し、計画に基づいた支援を行った場合に加算されます。
A D L維持等加算	1月あたり30円 または 1月あたり60円 A D Lの維持または改善された利用者が一定割合以上いる場合に加算されます。
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	1月あたり50円 利用者の身体状況等の評価を行い、情報提供を行っている場合に加算されます。
安全対策体制加算	入所時1回のみ20円 事故の発生・再発防止のための措置を講じている場合に加算されます。
退所時栄養情報連携加算	1月に1回に限り70円 特別食又は低栄養状態にある入所者が対処する際、受け入れ先に対して栄養管理に関する情報を提供した場合に加算されます。
退所時情報提供加算	1回に限り250円 利用者が退所し医療機関に入院する場合に、心身の状況、生活歴等の情報を提供した場合に加算されます。
協力医療機関連携加算	1月あたり50円 協力医療機関との間で入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に加算されます。
高齢者施設等感染対策向上 加算(Ⅰ)	1月あたり10円 医療機関が行う感染症の研修会に参加し、施設内で新興感染症が発生した場合の体制を整えている場合に加算されます。
高齢者施設等感染対策向上 加算(Ⅱ)	1月あたり5円 医療機関から3年に1回以上、感染制御等に関する実地指導を受けている場合に加算されます。
新興感染症等施設療養費	1日あたり240円

	入所者が国の指定した感染症に罹患し、施設内で療養を受けた場合に5日を限度として加算されます。
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月あたり10円 介護ロボット等のテクノロジーを活用し、業務改善を継続的に実施した場合に加算されます。
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の14.0% 介護職員等の待遇を改善するために加算されるものです。

(注) 職員の配置状況により算定されるため、月単位で加算されない場合もあります。

③居住及び食事の提供に係る費用（居住費・食費）

※利用者負担段階

第1段階（世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者及び生活保護受給者であって、預貯金等が1,000万円〔夫婦で2,000万円〕以下の方）

第2段階（世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下、かつ預貯金等が650万円〔夫婦で1,650万円〕以下の方）

第3段階①（世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下、かつ預貯金等が550万円〔夫婦で1,550万円〕以下の方）

第3段階②（世帯全員が市町村民税非課税であって、年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超、かつ預貯金等が500万円〔夫婦で1,500万円〕以下の方）

第4段階（1～3段階以外の方）

・個室

(単位：円)

利用者負担段階	1日あたり居住費	1日あたり食費
第1段階	380	300
第2段階	480	390
第3段階①	880	650
第3段階②	880	1,360
第4段階	1,231	1,445

・多床室（2人部屋又は4人部屋）

(単位：円)

利用者負担段階	1日あたり居住費	1日あたり食費
第1段階	0	300
第2段階	430	390
第3段階①	430	650

第3段階②	4 3 0	1, 3 6 0
第4段階	9 1 5	1, 4 4 5

※ 個室を利用する方であって、次のいずれかに該当する場合は、多床室（2人部屋又は4人部屋）の利用料金が適用されます。

- イ 感染症や治療上の必要など、施設側の事情により一定期間（30日以内）個室への入所が必要な場合
- ロ 著しい精神症状等により、多床室では同室者心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れが高く、個室以外での対応が不可能な場合

※ 入院又は外泊のときは、1ヶ月6日間を限度に上記の各居住費をご負担いただきます。

④その他

- ・退所する場合の訪問相談や、介護状況等を示す文書の発行については法定料金をいただきます。
- ・利用者の選定により、参加するレクリエーション費用やクラブ活動の材料費等は、実費負担になります。
- ・日常生活に要する費用で本人に負担いただくことが適当であるものは、実費を負担していただきます。
- ・契約終了日以降引き続き居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用料金をお支払いいただきます。
- ・その他については介護保険法令の定めるところによりお支払いいただきます。

※医療について

当施設の嘱託医師による健康管理や療養指導につきましては、介護保険給付サービスに含まれておりますが、それ以外の医療につきましては、医療費として別途自己負担となります。

9. 利用料金の支払方法

上記利用料金は、毎月10日頃に月単位で請求しますので、次のいずれかの方法により、毎月お支払いいただきますようお願いします。

ア 自動口座引き落とし

（指定金融機関の口座から毎月25日に引き落とします。金融機関が休業日の場合は翌営業日となります。）

イ 銀行振込み

（手数料は利用者負担となります。毎月末日までお支払ください。）

10. 領収書の発行

事業者は、利用者から支払を受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

ただし銀行振込みによるときは、銀行の領収印をもって領収書に代えさせていただきます。

11. サービス提供証明書の発行

事業者は、利用者から利用料の支払を受け、利用者から求められたときは、利用者に対し、提供した施設介護サービスの内容等を記載したサービス提供証明書を交付します。

12. 協力医療機関の状況

医療機関の名称	大曲厚生医療センター
院長名	三浦 康
所在地	大仙市大曲通町8-65
電話番号	63-2111
診療科目	内科、外科、整形外科、泌尿器科 等
病床数	437床
施設からの距離	10km（車で15分）

13. 非常災害時の対策

火災時の対応	別途定める「ロートピア緑泉消防計画」に基づいて対応します。
近隣との協力関係	新町町内会、美郷町消防団が非常時の相互の応援を約束しています。
平常時の訓練	別途定める「ロートピア緑泉消防計画」に基づいて年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を利用者が参加して実施します。
防災設備	スプリンクラー
	屋内消火栓
	消火器
	自動火災報知設備
	避難誘導灯
	防火扉・防火シャッター
	非常通報装置

14. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、発生した事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- (2) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

15. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

面会	面会はその都度職員に届け出てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て ください。
居室・設備器具の利用	施設内の居室や設備・器具は、本来の用法に従ってご利用 ください。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
宗教活動・政治活動	施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動および政治 活動はご遠慮ください。

16. 身体拘束廃止への取り組み

事業者は、利用者の身体拘束の廃止に努めます。ただし、緊急やむを得ず身体拘束をする場合は、「身体拘束廃止に関する指針」によるものとします。

17. 虐待防止への取り組み

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

18. 利用者の意見を把握する体制

(ア) 指定場所において「意見箱」を設置しています。

(イ) 当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で随時受け付けております。

担 当 者	職 名	氏 名	連 絡 先
苦情解決責任者	施 設 長	佐 藤 義 勝	0187 - 84 - 3636
苦情受付担当者	生活相談員	中 田 寛 子	0187 - 84 - 3636

(ウ) 苦情解決委員会

- ・ 当法人では苦情解決第三者委員を選任し、「苦情解決委員会」において適切に苦情解決に努めております。

- ・ 苦情解決第三者委員 法 人 監 事 小貫三枝子（美郷町）

TEL 0187（83）2584

法 人 監 事 吉方昭子（美郷町）

TEL 0187（83）2494

※ 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

なお、苦情解決第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(エ) 行政機関その他苦情受付機関

- ・ 大曲仙北広域市町村圏組合 介護保険事務所

所在地 大仙市高梨字田茂木10（大仙市役所 仙北庁舎内）

TEL 0187（86）3910

- ・ 美郷町役場福祉保健課

所在地 美郷町土崎字上野乙170－10

TEL 0187（84）4907

- ・ 秋田県国民健康保険団体連合会

所在地 秋田市山王四丁目2－3（秋田県市町村会館4F）

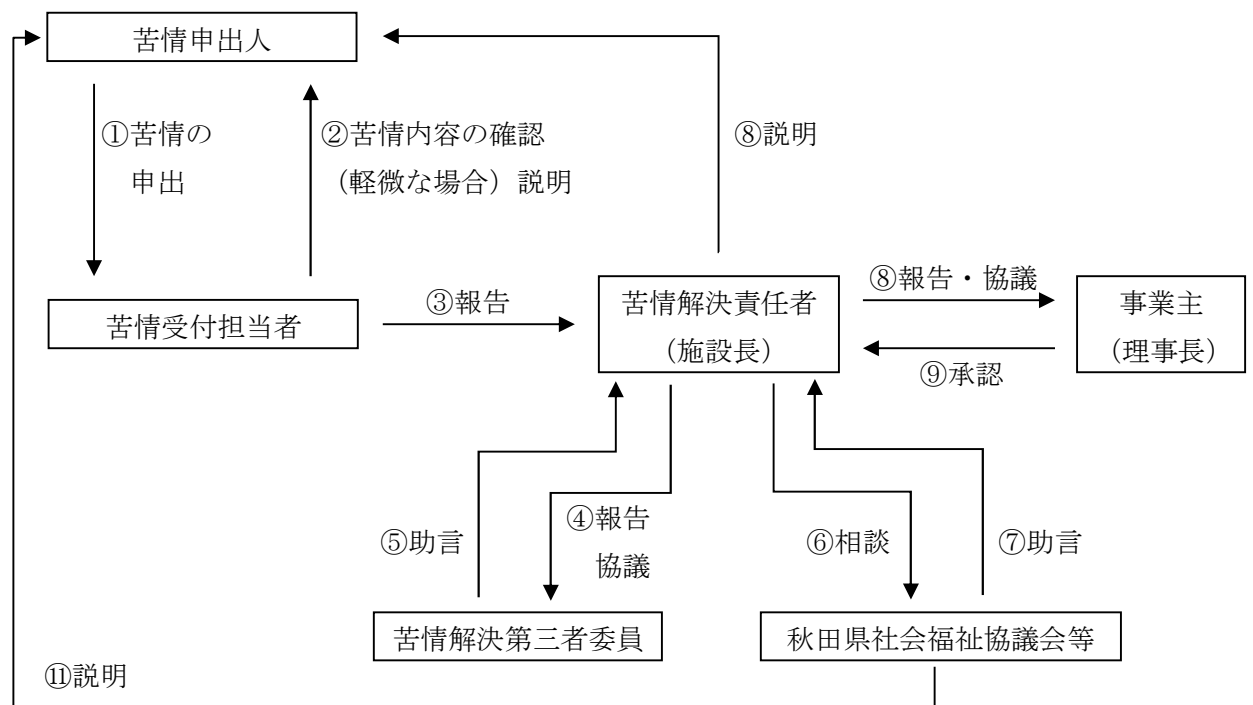
TEL 018（883）1550

- ・ 秋田県社会福祉協議会（運営適正化委員会）

所在地 秋田市旭北栄町1－5

TEL 018（864）2726

(オ) 苦情処理の概要手順



※苦情が軽微な場合には、苦情解決第三者委員、事業主（理事長）への報告・協議並びに苦情対応責任者から苦情申出人への説明は省略できます。

19. 第三者評価の実施の有無

なし

介護老人福祉施設ロートピア緑泉施設入所に際し、下記利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設ロートピア緑泉

説明者職名 _____

説明者氏名 _____

私は、介護老人福祉施設ロートピア緑泉施設入所にあたり、上記説明者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、当該施設から指定介護福祉施設サービスの提供を受けることについて同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____

利用者との関係 _____

(身元引受人)

住所 _____

氏名 _____

利用者との関係 _____