介護保険福祉施設重要説明事項説明書

（令和８年８月１日現在）

１．当施設が提供するサービスについての窓口

電話番号　　０７３－４９５－３２１６

担　　当　　山本　佐知　　山本　秀樹

※　ご不明な点は、なんでもおたずね下さい。

２．特別養護老人ホーム美里園の概要

（１）提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム　美里園
住所地	和歌山県海草郡紀美野町安井６－１
介護保険指定番号	和歌山県　　３０７１１００１４７

（２）施設の職員体制

	資　　格	常　　勤	非　常　勤	計
施設長		１名（１）		１名（１）
医師			１名	１名
生活相談員	社会福祉士	２名		１名
栄養士		１名		１名
機能訓練指導員	柔道整復士		１名	１名
	正看護師	１名		１名
介護支援専門員	介護支援専門員	２名		１名
事務員		２名（２）		２名
	正看護師	３名		３名
	介護福祉士	１６名		１６名
	実務者研修修了者	４名		４名
	初任者研修修了者			０名
		４名	５名	９名
	調　　理　　員	３名		３名

（　）内は他の職種と兼務です。

（３）同施設の設備の概要

定員	５０名		静養室	１室　１床
居室	４人部屋	１０室（１室３３㎡）	医務室	１室
	３人部屋	１室（１室２７．５㎡）	食　堂	２室
	２人部屋	２室（１室１９．６㎡）	機能訓練室	１室
	個　　室	４室（１室　８．８㎡）	相談室	１室
浴室	一般浴槽と個人浴槽と特殊機械浴槽があります。			

３．サービスの概要

①食事

・栄養士の立てる献立により、栄養ならびに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。

・利用者の自立支援のために離床して２・３階の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。

・１週間のうち何回か選択メニュー・カフェテリア方式を取り入れて利用者の嗜好にあわせてもらいます。

（食事時間）

朝　食　　７：００～　８：３０

昼　食　１１：３０～１３：００

夕　食　１７：００～１８：００

上記の時間は、食事提供ができる時間です。

②入浴

・入浴または清拭は週２回以上行います。（希望があれば随時入浴を行います但し一般浴に限ります。）

・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。

③排泄

・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

（身体状況・加齢により、オムツ使用になる場合もあります。）

④機能訓練

・機能訓練指導員により、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。

⑤健康管理

・医師や看護師が、健康管理をおこないます。

・協力病院（石本病院、河野歯科）

⑥その他への自立支援

・寝たきり防止のため、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。

・清潔で快適な生活を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

４．利用料金

（１）基本料金

①介護料金（介護保険１割負担）

	一日あたりの自己負担分 （多床室）
要介護　３	７３２円
要介護　４	８０２円
要介護　５	８７１円

②個別機能訓練加算

１日あたり　　１２０円

（ただし、介護保険適用時の自己負担額は１２円です）

③日常生活継続支援加算Ⅰ

１日あたり　　３６０円

（ただし、介護保険適用時の自己負担額は３６円です）

④看護体制加算Ⅰ１

１日あたり　　６０円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は６円です）

⑤看護体制加算Ⅱ１

１日あたり　　１３０円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は１３円です）

⑥夜勤職員配置加算Ⅲ１

１日あたり　　２８０円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は２８円です）

⑦日常生活継続支援加算Ⅰ

１日あたり　　３６０円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は３６円です）

⑧生産性向上推進体制加算Ⅰ

１月あたり　　１００円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は１０円です）

⑨栄養管理基準減算

１日あたり　　－１４０円

（ただし、介護保険適用時の個人負担は－１４円です）

⑩介護職員等処遇改善加算Ⅰ１

介護料金＋加算の合計に１７６／１０００が加算されます。

⑪居住費（日額）

段階	金額（多床室）
１段階	０円
２段階	４３０円
3-1段階	４３０円
3-2段階	４３０円
４段階	９１５円

⑫食費（日額）

段階	金　　額
１段階	３００円
２段階	３９０円
3-1段階	６５０円
3-2段階	１，３６０円
４段階	１，４４５円

※入所時又は３０日以上入院し再入所された場合は初期加算として３０円加算されます。
※当園で看取り介護を行った場合の加算
・看取り看護体制加算Ⅰ　（死亡日以前３１日以上４５日以下）
１日あたり　７２０円
（ただし、介護保険適用時の個人負担は７２円です）
・看取り介護体制加算Ⅱ　（死亡日以前４日以上３０日以下）
１日あたり　１４４０円
（ただし、介護保険適用時の個人負担は１４４円です）
・看取り介護体制加算Ⅲ　（死亡日以前２日又は３日）
１日あたり　６８００円
（ただし、介護保険適用時の個人負担は６８０円です）
・看取り介護体制加算Ⅳ　（死亡当日）
１日あたり　１２８００円
（ただし、介護保険適用時の個人負担は１２８０円です）
※入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取り扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。
※居住費・食費については各市町村に、介護保険負担限度額認定申請をおこなうことで減額される場合があります。詳細は価格表参照してください。
（２）その他の料金
①特別食
１食あたり５０円増しになります。
②理美容費
理美容代金は実費となります。理美容院にいかれる場合はご家族様での送迎をお願いします。
③輸送サービス
輸送サービスについては無料です。但し、高速道路を使用した場合の高速料金は実費となります。
④日常費用管理・支払い代行費（別途契約が必要です）
月額　１，５００円
⑤教養娯楽費
日額　　５０円
⑥その他
上記のほか買い物サービス費・日常生活品は自己負担となります。
日常費用管理・支払い代行については別途資料をご覧下さい。
（３）支払い方法
毎月１０日すぎに前月分の請求をいたします。
お支払い方法は**現金払いか郵便局口座引き落とし**になります。
その後、領収書を発行いたします。
５．入所の手続
（１）入所の手続
まずは、お電話でお申し込みください。居室に空きがあればご入所いただきます。
入所と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）退所の手続

①利用者のご都合で退所される場合

退所を希望される１５日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合は、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。

・利用者が他の介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）または要支援または要介護３以下と認定された場合

※この場合は、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

・ご利用者がお亡くなりになった場合

③その他

・利用者がサービス利用料金の支払いを６ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したのもかかわらず２０日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当施設や当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合がございます。この場合、契約３０日前までに文書で通知いたします。

・利用者が病院または診療所に入院し、明らかに３ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後３ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合退院後に再度入所を希望される場合はお申し出下さい。

１）検査入院等、短期入院の場合

１ヶ月につき６日以内（連続して７泊、複数の月にまたがる場合は 13 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。但し、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。（1 日あたり 320 円）

２）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については、３ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定されて退院日よりも早く退院した場合等、退院時にホームの受入準備が整っていない時には、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、上記利用料金をご負担いただきます。

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。

〈入院期間中の利用料金〉

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合、契約３０日前までに文書で通知いたします。

６．当施設のサービスの特徴

（１）運営の方針

「安心と安らぎの環境」づくり

利用者の希望を尊重し、その人らしい質の高い生活を送っていただけるよう支援していくことを基本とし、“人に優しい”施設として安心と安らぎの生活の場を提供して行くものとする。

（２）サービス利用のために

事項	有無	備考
男性介護職員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	年間１回
サービスマニュアルの作成	○	
身体的拘束	×	
その他		

（３）施設利用にあたっての留意事項

①面会・食料品の持ち込みについて

・面会時間は２４時間いつでも可能です。

・面会に来られた際、利用者の方に食べ物を食べていただく場合、食事制限・絶食している場合、または、食事時あまり食べられず心配することになりますので事前に必ず職員に声をかけてください。

・面会の際お持ちになった食べ物はそのときに食べていただくか、残ったものは職員までお預けください。

・ナマモノの持ち込みはご遠慮ください。

・食事療法などをしておられる方、上手に飲み込みができない方もいらっしゃいますので、同室者および他の利用者へのお心使いは、職員に聞いてください。

②外出・外泊

・必ず家族の付き添いを必要とします。

・体調によっては、外泊　外出できない場合もあります。

・外泊　外出共に提出していただくべき書類がありますので、本人又は家族が記入してください。

・薬を服用している方は、外出　外泊の際に看護師より薬を受け取り指定どおり服用してください。

③飲酒・喫煙

＃　喫煙

・昼夜間施設内での歩きタバコ、又は居室内での喫煙は防火上、他人の迷惑など理解していただき施設が定める指定場所以外の喫煙はご遠慮願います。

・利用者の健康状態によっては、医師・看護師、家族などと相談の上、職員によって管理させていただきます。

・タバコは職員で管理させていただきます。

＃　飲酒

・居室内での飲酒と時間的観念のないような飲酒は、遠慮していただきます。
・利用者の健康状態によっては、医師・看護師・家族などと相談の上職員によって管理する場合もあります。
・行事、その他で出すこともできます。

④所持金品

・利用者もちのお金の管理、金額の把握はできません。紛失されてもいけませんので多額の現金等は居室に持ち込まないでください。（事務所内金庫にて責任をもってお預かりします。）
・万一の紛失に備えて、衣類、生活用品などの持ち物にはすべて名前を油性マジックで記入してください。（黒い色の衣服にはゼッケンを縫いつけてください。）
・本人のおき忘れなどで、入れ歯を紛失することがあります。名前のないことが多いので見つかる可能性は少ないです。
・利用者本人が管理している所持品が紛失した場合、探す努力はいたしますが一切責任を負いかねます。
・利用者同士でのお金の貸し借りはしないでください。
・貴重品の管理は出来にくいので、高価なもの、大切なものは事務所でお預かりします。

⑤医薬品の管理・服用について

・薬は施設内の医務室で管理します。
・薬には、合わないもの、飲み合わせしてはならない薬がありますので、売薬は持参しないでください。
・売薬での常備薬がある場合は、看護師が管理しますので職員に申し出てください。
・特別養護老人ホームは生活を主とした施設で病院ではありません。診療・治療には最大限努力はいたしますが入院して頂かなければならない場合があります。

⑥ケガ・病気について

・高齢になると何もないところで転倒したりすることがあります。
・ちょっとした段差などで、つまずくこともあります。
・利用者同士が、ぶつかってしまったりすることも考えられます。
・外出の際の、事故については責任を負いかねます。
・天災・火災など、非難する際ケガをすることもあります。
・職員が介護する際、細心の注意はしておりますが、突発的な事故が生じる場合があります。
・歩行ができなくても、ベッドから降りようとして、転落する場合があります。
・食事中または、間食しているときなど、食べ物がのどに詰まることがあります。（その人の嚥下状態にあわせた食事形態をとっています。）
・集団生活を送っていますので、風邪など感染することも考えられます。
・入所時、元気に入居されても環境の変化などにより、体調を崩されたり認知症が進んだりすることもあります。
・入所時、認知症がなくても年齢とともに認知症が現れることもあります。
・入所後、徐々に歩行ができなくなる等、出来ないことがでてくるかもしれません。
・歩行が不安定になってしまい、車椅子に変更することもあります。その方の残存機能を生かしながら、安全にも配慮しなければいけませんので、ご家族の希望に添えない場合もあります。

・救急で行く場合、希望の病院にいけない場合もあります。
・夜間は２名で介護をします。常時１対１での介護はできません。

⑦病院への入院について
・入院期間が７日以内の場合は退院後再び入所することができます。
・（空きベッドを短期入所生活介護の方がご利用された場合は、外泊加算はかかりませんが、それ以外の場合は外泊加算がかかります。）
・８日以上３ヶ月以内の場合にも再びホームに入所できます。
・入院中は身の回りのお世話（掃除・洗濯等）はご家族さまでお願いします。

⑧居室について
・居室の配置は本人の状態に合わせて決めさせていただきますが、ご希望があればできる限り添うようにいたします。
・居室の変更は、利用者からの変更の申し出があった場合は、居室の空き状態により話し合い決定します。また、利用者の心身の状態により居室を変更する場合があります。

⑨持ち込み禁止物
・刃物、ライター、マッチ、危険な洗剤、冷蔵庫、電熱器、電気毛布、電気ポット、高価なもの
※テレビ・ラジオは、他の利用者の迷惑にならないようにイヤホンを使用するようにしてください。

⑩衣類について
・紛失防止のため必ず油性マジックで（黒い衣類にはゼッケンをつけてください）名前を記入してください。
・名前を記入して頂いても自分のものと他人のものと区別がつかず、片付けてしまう利用者もあり、紛失する場合もあります。
・季節に応じて、使用しない衣類は自宅にて保管していただくようにお願いする場合もあります。
・衣類の洗濯時　手洗い・乾燥機不可のもの等に分けていますが縮んでしまう事もあります。

⑪身体拘束について
・基本的に身体拘束はいたしません。
・但し、やむを得ない場合（切迫性・非代替性・一時性）はご家族様に身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間、時間帯、期間を説明し同意を得る等の手続きを行います。
・やむを得ず身体拘束を実施した場合は、その際の利用者の心身状態、緊急やむを得なかった理由等を記録します。記録には「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を用います。
・身体拘束後には、日々の心身の状態等を観察、拘束の必要性や方法について身体拘束廃止委員会で身体拘束の解除が行えるよう検討します。

⑫その他
・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動営利活動行うことはできません。
・行事のときなど、時間の許す限り出席してください。
・専門職（介護福祉士　看護師　介護支援専門員）とご本人、ご家族（代表者）の方々で、介護計画を作成します。そのときにはご協力ください。

7．緊急時の対応方法

ご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。

1．緊急連絡先		
	氏　　名	
	住　　所	
	電　話　番　号	
	続　　柄	
2．緊急連絡先		
	氏　　名	
	住　　所	
	電　話　番　号	
	続　　柄	

※　緊急の場合、施設側はまず第１緊急連絡先に連絡します。連絡が取れない場合は第２緊急連絡先に連絡します。それ以外の方への連絡は施設側から行いませんので、連絡をお受けになった方で行ってください。

8．非常災害対策

・防災時の対応

（１）消防機関への通知・確認
（２）全館非常放送
（３）避難誘導・消火活動
（４）人員の確認・救護活動

・防災設備

消火器、室内消火栓設備、スプリンクラー設備、自動火災報知機設備、ガス漏れ火災警報設備、漏電火災警報装置、非常ベル、放送設備、非難器具、誘導灯、防火シャッター・ドア

・防火訓練

年間３回　消火、通報及び非難誘導等訓練実施

・防火責任者　　米田　卓史

9．サービス内容に関する相談・苦情

①当施設ご利用者相談・苦情

担当　　生活相談員・介護支援専門員　　電話　０７３－４９５－３２１６

②第三者委員

水本　和成　０７３－４８９－５２１９　　宮本 凱夫　０７３－４４５－２９２４

③その他

当施設以外に、各市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

１０．当施設の概要

名称・法人種別　　社会福祉法人　　清和福祉会
代表者役職　氏名　　理事長　　瀧畑　しづ恵
住所地・電話番号　　和歌山県海草郡美里町安井６－１
ＴＥＬ　０７３－４９５－３２１６

事業所	居宅介護支援事業所	（美里園指定居宅介護支援事業所）
	短期入所生活介護	（特別養護老人ホーム美里園）
	通所事業所	（美里園デイサービス事業所）
	在宅介護支援センター	（在宅介護支援センター美里園）
	訪問介護	（美里園ホームヘルパーステーション）
	認知症対応型共同生活介護	（グループホーム美里園）

契約をする場合は以下の確認をすること

令和８年８月　日

介護老人福祉施設入所にあたり、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。

本書２通を作成し利用者が署名押印の上、１通ずつ保有するものとします。

事業者

所在地　　和歌山県海草郡紀美野町安井６－１
名　称　　特別養護老人ホーム美里園
説明者
氏　名　　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（身元引受人・代理人）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印