

社会福祉法人寿光会 有料老人ホーム 北の郷 重要事項説明書

(令和8年4月1日現在)

社会福祉法人寿光会 北の郷(以下、「当施設」という。)があなたに説明すべき重要な事項は次の通りです。

本書に記載する「入居者」「事業者」「身元引受人」「連帯保証人」は、別に社会福祉法人寿光会 北の郷利用契約書で定めます。

1. 事業者

| | |
|--------|-------------------------|
| 名称 | 社会福祉法人 寿光会 |
| 所在地 | 秋田県鹿角市十和田大湯字屋布ノ下タ 20 番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者 | 理事長 岩尾 昌子(いわお まさこ) |
| 電話番号 | 0186-35-5556 |
| FAX 番号 | 0186-35-3488 |

2. ご利用施設の概要(※)

(1) 概要

| | |
|-------------|---|
| 名称 | 有料老人ホーム 北の郷 |
| 所在地 | 秋田県鹿角市十和田大湯字前田 29 番地 |
| 実施するサービス | ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護サービス ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護短期サービス |
| 事業所番号 | 0590900213 |
| 事業開始(指定)年月日 | 令和 4年 4月 1日 |
| 定員数 | 28名 |
| 居室 | 個室(22室)、2人室(3室) |
| 管理者 | 施設長 村木 若菜(むらき わかな) |
| 電話番号 | 0186-30-3511 |
| FAX番号 | 0186-35-3888 |
| 電子メール | kitanosato@jyukoukai.jp |
| ホームページ | https://jyukoukai.jp |

(2) 敷地及び建物

| | |
|------|------------------|
| 敷地 | 4,825㎡ |
| 構造 | 鉄骨造2階建(準耐火構造建築物) |
| 延床面積 | 984.69㎡ |

(3) 主な設備

| 設備の種類 | | 数 | 面積 | 備考 |
|-------------------------------------|------|----|--------|---------|
| 居室 (※) | 個室 | 18 | 14.58㎡ | トイレ有 |
| | | 4 | 16.48㎡ | |
| | 2人室 | 3 | 28.25㎡ | トイレ有 |
| ※ 各居室に外線電話回線、テレビ回線、緊急通報装置を敷設しております。 | | | | |
| 浴室 | 大浴槽 | 1 | 12.00㎡ | |
| | 特殊浴槽 | 1 | 12.00㎡ | |
| 共同トイレ | | 1 | 3.40㎡ | 男女別の対応 |
| | | 1 | 3.40㎡ | 車椅子等の対応 |
| 食堂ホール | | 1 | 66.48㎡ | 冷暖房完備 |
| エレベーター | | 1 | | |

※ 厚生労働省「介護サービス情報公表システム」(<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>)では、より詳細な情報がご覧いただけます。

3. 事業の目的と運営方針

| | |
|---------|---|
| 事業の目的 | 介護保険法基準則に基づく家庭的な環境の下、入居者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送れるよう援助を行うと同時に、福祉の増進を図ります。 |
| 施設の運営方針 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 入居者の身体的、精神的状況を的確に把握し、健康維持及び増進を図るため、地域の保健・福祉・医療機関と連携をとり、適切な処遇を図ります。 2. 社会福祉法人寿光会が運営する介護保険適用事業所及び協力医療機関と密接な連携の下、入居者の心身の状況に応じたサービスを提供し、入居者(家族も含め)が安心して生活出来るようにします。 |

4. 職員体制 (主たる職員)

(令和8年4月1日現在)

| 従業者の職種 | 員数 |
|----------|------------|
| 管理者(施設長) | 1人 |
| 計画作成者 | 1人以上 |
| 看護職員 | 1人以上 |
| 介護職員 | 9人以上(常勤換算) |
| 機能訓練指導員 | 1人以上 |
| 生活相談員 | 2人以上 |

上記の他、調理員、事務職員等が在籍しています。

5. 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|------|---|------------|
| 管理者 | 正規の時間帯(8:30～17:30)常勤で勤務 | 年間 108日 |
| 看護職員 | 早番(7:30～16:30)、日勤(8:30～17:30) | |
| 介護職員 | 早番(6:30～15:30)、日勤(8:30～17:30)、 遅番(9:00～18:00)、夜勤(16:00～9:00) ・日勤帯の看護職員および介護職員の総数は、原則として入居者3名あたり1名の割合です。 ・夜間帯は介護職員2名です。 | |
| 調理職員 | 早番(6:00～15:00)、遅番(9:00～18:00) | |
| 他の職員 | 日勤(8:30～17:30) | |

6. 非常災害時の対策

| | | | | |
|----------|---|------|---------|-----|
| 非常時の対応 | 別に定める当施設の消防計画に則り対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 近隣地域の方々と、常時相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 | 別に定める当施設の消防計画に則り、年2回夜間及び日中を想定した避難訓練を、入居者参加で実施します。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | 火災通報装置 | 有 | スプリンクラー | 有 |
| | 誘導灯 | 15箇所 | 漏電火災報知器 | 有 |
| | ガス漏れ検知器 | 有 | 非常用電源 | 有 |
| | カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日:令和6年4月1日 防火管理者: 中村光晴 | | | |

7. 営業日

| | |
|-----|------|
| 営業日 | 年中無休 |
|-----|------|

8. 入居時の要件

| | |
|---------------------------|---|
| 地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用)ご利用 | 以下の全ての要件を満たす必要があります。 ① 入居時に要介護度1～5の認定を受けていること。 ② 鹿角市、小坂町に在住していること。 ③ 共同生活を営むことに支障のないこと。 ④ 自傷他害の恐れがないこと。 ⑤ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。 ⑥ 座位保持が可能であること。 |
|---------------------------|---|

9. サービス内容（別添の「介護サービス等の一覧表」もご参照下さい。）

(1) 介護保険内のサービス

| | |
|--------------|---|
| サービス計画の立案と変更 | <ul style="list-style-type: none"> サービス計画は、入居者に係わるあらゆる職種の協議によって作成され、入居者および身元引受人の同意をいただきます。 入居者および身元引受人のご希望を十分に取り入れたいと考えております。内容の変更をご希望される場合は、申し付け下さい。 |
| 入浴の介助 | 週2回の入浴を行い、介助は職員が行います。 入居者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。 |
| 排泄介助 | 個人の自尊心に配慮し、随時、排泄を適切に援助します。 |
| 通院・外出の援助 | 医療機関受診時の付添い、外出時(買い物、理美容室等)の付添いや介助及び送迎を援助します。 |
| 食事 | 栄養バランスや形態を考慮し、可能な限り食堂ホールにて召し上がって頂けるよう努めます。但し、病状等の理由により摂取場所やその時間が変更となる場合が有ります。 |
| 更衣・整容の介助 | 生活リズムを考慮して、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。 定期的なシーツ交換は、週に1回、居室内整備は随時実施します。 |
| 機能訓練 | 利用者の身体状況に適合した機能訓練を行い、体操や集団レクリエーションを通じて筋力の低下を防ぎ、生活機能の維持・改善に努めます。 |
| アクティビティ | 各種のイベントや季節行事を企画、実施します。 |
| 医療機関連携 | 内容については、下記「10.利用料【補足:加算のご説明】」を、協力(歯科)医療機関については、下記「13. 緊急時等の対応」をご参照下さい。 |
| 相談及び援助 | 当施設は、入居者およびその家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。 【処遇相談窓口】 計画作成担当者(介護支援専門員) 【その他の相談】 生活相談員 |

(2) 介護保険外のサービス

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|---------|---------------------------|---------|
| 行政手続の代行 | 市、役場での書類の申請交付、手続き等を代行します。 | 実費及び交通費 |

10. 利用料 (※1)

(1) 介護保険自己負担分 (単位数)

(1割負担(2割負担)〈3割負担〉円／特に指定無き場合は1日)

| | サービス項目 | | 通常利用 | 短期利用 |
|--------------|--|------|------------------------------------|------|
| 基本サービス費 ① | 地域密着型特定施設 入居者生活介護費 および 短期利用地域密着型特定施設 入居者生活介護費 | 要介護1 | 546(1,092)〈1,638〉 | |
| | | 要介護2 | 614(1,228)〈1,842〉 | |
| | | 要介護3 | 685(1,370)〈2,055〉 | |
| | | 要介護4 | 750(1,500)〈2,250〉 | |
| | | 要介護5 | 820(1,640)〈2,460〉 | |
| 体制 ② | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)または、 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) ※1 | | (Ⅰ)… 22(44)〈66〉 (Ⅱ)… 18(36)〈54〉 | |
| | 夜間看護体制加算(Ⅱ) | | 9(18)〈27〉/日 | |
| 該当時加算 ③ | 協力医療機関連携加算 | | 100(200)〈300〉/ 月 | — |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 120(240)〈360〉 | |
| | 退居時情報提供加算 | | 250(500)〈750〉/回 | |
| | 新興感染症等施設療養費 | | 240(480)〈720〉/日 | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)または 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) ※2 | | 10(20)〈30〉/月 5(10)〈15〉/月 | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 20(40)〈60〉/回 | |
| | 退院・退所時連携加算 | | 30(60)〈90〉 | |
| ※1 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)または、 | | (Ⅰ) (①+②+③)×12.8% 円/月 | |
| ※3 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | | (Ⅱ) (①+②+③)×12.2% 円/月 | |
| ※1 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ または、 | | (Ⅰ) (①+②+③)×15.9% 円/月 | |
| ※4 | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ | | (Ⅱ) (①+②+③)×15.3% 円/月 | |

※1 職員体制等の変更により変動する可能性があるため、2種掲載しております。

※2 第二種協定指定医療機関との協力体制状況により変動する可能性があるため、2種掲載しております。

※3 令和8年5月31日まで算定。

※4 (※3)に代わり令和8年6月1日より算定。

【補足：加算のご説明】

| | |
|-----------------------|--|
| サービス提供 体制強化加算 | サービスの質の向上や職員のキャリアアップを推進する観点から、介護福祉士割合や勤続年数の長い介護福祉士の割合が高い事業所を評価される体制加算です。 (Ⅰ)は介護福祉士を70%以上配置、又は勤務10年以上の介護福祉士を25%以上配置し、人員基準欠如に該当していないこと。 (Ⅱ)は介護福祉士を60%以上配置し、人員基準欠如に該当していないこと。 |
| 夜間看護体制 加算(Ⅱ) | 常勤の看護師を1名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること。重度化した場合における対応に指針を定め、入居の際に、利用者又はその家族に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている場合に加算されます。 |
| 協力医療機関 連携加算 | 協力医療機関との間で、入居者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的で開催している場合に加算されます。(協力医療機関の要件)①入所者等の病状が急変した場合において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 |
| 若年性認知症 入居者受入加算 | 受け入れた若年性認知症利用者(注)毎に個別に担当者を定め、その者を中心として当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う場合に加算されます。 (注)65歳の誕生日の前々日までを対象 |
| 退居時情報提供 加算 | 入居者が医療機関へ退居した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合に加算されます。 |
| 新興感染症等施設療養費 | 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定されます。 ※令和8年4月1日時点において指定されている感染症はありません。 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) | ○感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。○協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。○診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。以上の場合に加算されます。 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている場合に加算されます。 ※ 職員体制等の変更により変動する可能性があるため、2種掲載しております。 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 事業所の従業員が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、計画作成担当者に情報を文書で共有した場合6ヶ月に1回を限度とし加算されます。 |
| 退院・退所時 連携加算 | 病院等の医療提供施設を退院・退所して特定施設に入居する利用者を受け入れた場合に入居日から30日以内に限り加算されます。 |

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>介護職員等 処遇改善加算</p> | <p>介護現場で働く職員の賃金向上と職場環境の改善を目的とした加算です。 2024年6月に従来の3つの加算制度が一本化されました。 一本化後の加算については、柔軟な職種間配分を認めることとされています。 2026年6月、「強い経済」を実現する総合経済対策において、「介護分野の職員の処遇改善については、他職種と遜色のない処遇改善に向けて必要な対応を行う」とされたことを踏まえて、期中改定されることとなりました。 介護保険自己負担の総単位数に一定の掛け率を乗じます。 小数点第一位以下は四捨五入されます。</p> |
|--------------------------------|---|

(2) 介護保険外利用料 (円)

| 種 類 | | 金 額 | 備 考 |
|------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------------|
| | | 特定施設(短期) | |
| 家賃 (※) | 個室 | 45,000円/月(1,500円/日) | |
| | 2人室 | 75,000円/月(2,500円/日) | |
| 食事代 | 朝食 | 410円/食 | |
| | 昼食 | 540円/食 | |
| | 夕食 | 620円/食 | |
| | 特別 メニュー食 | 10,500円/月 (350円/日) | 塩分を控える等の制限食を提供した 場合 |
| 管理費 (※) | 個室 | 3,300(税込)円/月(110(税込)円/日) | |
| | 2人室 | 6,600(税込)円/月(220(税込)円/日) | |
| 水道 光熱費 (※) | 個室 | 21,120(税込)円/月(704(税込)円/日) | |
| | 2人室 | 41,580(税込)円/月(1,386(税込)円/日) | |
| 環境衛生費(※) | | 4,290(税込)円/月(143(税込)円/日) | 個別に洗濯処理を行った場合は、 個別洗濯代となります。 |
| 電気代 (※) | 3点以内 | 2,310(税込)円/月(77(税込)円/日) | |
| | 4-6点以内 | 3,960(税込)円/月(132(税込)円/日) | |
| | 7点以上 | 5,610(税込)円/月(187(税込)円/日) | |
| 事務費 | | 33(税込)円/回 | |
| 冬期間暖房費 (※) | | 6,600(税込)円/月(220(税込)円/日) | 10月から翌5月までが対象 |
| 定時外付添料 | | (1回あたり) 5,500(税込)円 | 17:30から翌8:30の間に発生時 |
| 特別レク・行事 | | 実 費 | |
| その他利用料 | | 実 費 | 電話料・買物代行等 |

※ 月途中で退居の場合は、日割り計算となります。

(3) 留意事項

| | |
|----------|---|
| お支払いについて | 請求書が送付された月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。 ① 請求書に記載されております指定の振込先にお振込みください。 振込人は、ご利用者名でお願いいたします。 ② 現金支払 北の郷 事務室 ③指定の金融機関の口座振替ができます。 |
| 利用料領収書 | 領収書の再発行は原則行いません。大切に保管してください。 領収書等を紛失され、その再発行を求められた場合は、支払い証明書を発行いたします。1通あたり220円(税込)となります。 |
| その他 | 体調急変時で深夜早々に退居の場合でも、当日ご利用分の料金が発生します。 |

1 1. ご要望、ご相談又は苦情等の申し立て先

| | |
|---|--|
| 苦情窓口 | 窓口である管理者中村光晴に口頭又は電話等で申し付けて下さい。直接お近くの職員に申し付けることも可能です。 北の郷 電話(代表) 0186-30-3511 |
| 上記以外の苦情申し立て先 | ① 鹿角市 あんしん長寿課 高齢者支援班担当 秋田県鹿角市花輪字下花輪 50 番地(鹿角市福祉保健センター) 電話 0186-30-0234(直通) ② 小坂町 福祉課町民福祉班担当 秋田県鹿角郡小坂町小坂字上谷地 41 番地 1 電話 0186-29-3925(直通) ③ 社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 秋田県福祉サービス相談支援センター(秋田県運営適正化委員会) 秋田市旭北栄町 1 番 5 号 秋田県社会福祉会館内 電話 018-864-2726(直通) ④ 秋田県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情・相談窓口 秋田県秋田市山王 4 丁目 2 番 3 号 電話 018-883-1550(直通) |
| いただいた苦情及びご要望やご相談に対しては、管理者を含めた全職員で協議し、適切に対処いたします。担当者で対処出来ない場合には社会福祉法人寿光会の役員が介護保険法に則り、速やかに対処いたします。他、市町村及び県の関係する機関と相談しながら解決に向けて努めます。 | |

12. 個人情報の利用目的

| | |
|------------|---|
| 個人情報保護法の遵守 | <p>次の各号については、法令上介護保険事業所が行うべき義務として明記されていることから、お預かりしている個人情報について、適切に利用する場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none">① 入退居等の管理② 外部を含む事業所間の情報交換に要するもの<ul style="list-style-type: none">－医療機関への受診 ー事故などの報告－地域包括支援センター、居宅サービス事業者への情報提供－第三者機関による外部評価－損害賠償保険に係わる保険会社等への相談、届出等③ 介護報酬請求に関するもの<ul style="list-style-type: none">－介護保険事務 ー会計、経理－審査支払機関へのレセプト提出－審査支払機関又は保険者からの照会への回答④ 生命、身体保護に関するもの<ul style="list-style-type: none">－災害時における救助者への情報提供など⑤ 当施設内での利用に関するもの<ul style="list-style-type: none">－入居者などに提供する介護サービス記録－サービス計画書の作成に関する情報等－施設内行事及び法人内の合同行事等－当該入居者のサービス向上－介護サービスや業務の維持、改善のための基礎資料－当施設及び法人内における事例研究等－当施設において行われるボランティア及び学生実習への協力 <p>※ 事例研究、実習報告等については、個人を特定出来ないように仮名等を使用するよう厳守いたします。</p> |
|------------|---|

13. 緊急時等の対応

(1) 緊急時の対応

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">・ 入居者が病気または怪我を患い、診断・治療が必要となった場合その他必要な場合は、入居者の主治医または下記協力医療機関において速やかに必要な治療あるいは救急入院等が受けられるよう、必要な措置を講じます。・ 当施設は、サービス供給体制の確保並びに夜間における緊急時の対応のために、社会福祉法人寿光会内の他事業所と連携、支援体 |
|--|--|

| | | |
|--------------|---|--|
| | <p>制をとっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ その他に、入居者及び身元引受人が指定する機関に連絡します。但し、協力(歯科)医療機関を除く他市町村の医療機関への送迎はお断りする場合があります。 | |
| 協力医療機関 ① | 名称 | 医療法人寿光会 福永医院 |
| | 所在地 | 秋田県鹿角市十和田毛馬内字下寄熊 6 番地 9 |
| | 電話番号 | 0186-35-3117 |
| | 診療科 | 内科、小児科 |
| | 入院設備有無 | 無 |
| 協力医療機関 ② | 名称 | JA秋田厚生連 かづの厚生病院 |
| | 所在地 | 秋田県鹿角市花輪字向畑 18 番地 |
| | 電話番号 | 0186-23-2111 |
| | 診療科 | 消化器内科、循環器内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、産婦人科、泌尿器科、眼科、皮膚科、形成外科、呼吸器内科、精神科、神経内科、耳鼻咽喉科 |
| | 入院設備有無 | 有 |
| 協力歯科 医療機関 | 名称 | 小野寺歯科クリニック |
| | 所在地 | 秋田県鹿角市十和田毛馬内字南陣場 18-3 |
| | 電話番号 | 0186-35-2771 |
| | 診療科 | 歯科、小児歯科 |

(2) 事故発生時の対応

| | |
|------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・ サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族および入居者の保険者(市町村)等に連絡し、必要な措置を講じます。 ・ 当施設は原因を解明、事故状況を記録し、再発防止に努めます。 |
| 損害賠償 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入居者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、当施設は速やかに入居者に対して損害を賠償します。但し、入居者に重過失がある場合は、当施設は賠償額を減ずることができるものとします。 ・ 当施設は、万が一の事故発生に備えて損保ジャパン保険株式会社の損害賠償責任保険に加入しています。 ・ 入居者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、入居者および身元引受人は連帯してその損害を賠償するものとします。 |

14. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|--------------|--|
| 面会・来訪 | <p>身元引受人を含むご家族の方は入居者とコミュニケーションを図るようにして下さい。LINE を活用してのリモート面会が出来ます。</p> <p>面会時間は特に設けておりませんが、常識の範囲内でお願い致します。但し、感染症流行時等は面会制限を行う場合があります。</p> |
| 通知義務 | <p>契約内容(連絡先等)に変更があった場合は、速やかにご連絡下さい。</p> <p>旅行等で一定期間不在になる場合など、一時的に連絡先を変更することも可能です。</p> |
| 外出・外泊 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 外出又は外泊をご希望の場合は、予め日時や行き先、送迎手段等を職員に申し出て下さい。管理者の判断により、体調が思わしくない場合や、感染症が蔓延している時は、外出及び外泊を控えていただく場合があります。 ・ 食事止めを希望される場合は、前日の午前中までにその旨をご連絡下さい。以降の連絡の場合、または連絡がなく突然に外出・外泊を希望された場合には当該食事代を頂戴いたします。 |
| 受診等 | <p>主治医のいる医療機関への受診などについては、可能な限り身元引受人をはじめとするご家族の方にお願ひします。不可能な場合は通院介助として職員が同行いたします。受診時は付添料が発生いたします。なお、遠方への受診について当施設では対応出来かねます。感染症が蔓延している時は、家人による付き添いを控えていただく場合があります。</p> |
| 居室・設備・器具等の利用 | <p>施設内や居室の設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。また、居室移動時や退居時等に、居室クリーニング代や回復及び修繕料金が発生する場合があります。</p> |
| 喫煙・飲酒 | <p>原則禁止です。要望のある方は職員に申し出て下さい。</p> <p>外食等にて飲酒された場合には(覚醒期間を設ける意味で)身元引受人様の責任において外泊するようにして下さい</p> |
| 迷惑行為 | <p>騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願ひます。又、むやみに他の入居者の居室等に立ち入ることや、入居者を中傷する行為は慎んで下さい。</p> |
| 所持品の管理 | <p>かみそり、カッター、針等の危険物は持ち込まないで下さい。必要であれば貸し出し致します。衣類や物品の持ち込みをされる場合は、必ず職員にその旨をお伝え下さい。その際は全ての物に名前を書き、本人が管理出来る物にして下さい。</p> <p>貴重品の持ち込みはお控え下さい。お持ち込みになり紛失されても当施設では責任を負いかねます。</p> |

| | |
|--------------|--|
| 感染防止 | 面会及び来訪時には、必ず手指の消毒等を行って下さい。感染症流行時には、マスクの着用、検温、問診票のご記入をお願いします。感染症蔓延時には、面会規制を行う場合もあります。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内では他の入居者に対するあらゆる宗教活動及び政治活動をお控え下さい。 |
| ハラスメント対策について | 事業者は、適切なサービス提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な処置を講じます。 |

15. 入退居に拘る介護保険自己負担分の算定について

| | |
|--------------|---|
| 当法人内での入退居の場合 | <p>社会福祉法人寿光会が運営する介護保険適用事業所との間で入退居する場合の利用料の算定は、以下の通りとなります。</p> <p>① 当施設から介護保険適用事業所への退居 退居と入所が重なる日について、当施設での介護保険分の算定は行いません。</p> <p>② 介護保険適用事業所から当施設へ入居 退所と入居が重なる日について、当施設のみ介護保険分の算定を行います。</p> |
|--------------|---|

16. 送迎の範囲と条件

| | |
|----------|--|
| 送迎の範囲と条件 | <p>送迎の範囲は鹿角市、小坂町、大館市です。</p> <p>送迎に関して原則、通院(受診)や施設内で計画されたドライブ等を行う場合です。但し、入居者の日常生活において定期的に必要とされる買い物などは管理者の許可の下で送迎を行う場合があります。</p> |
|----------|--|

17. 運営推進会議

| | |
|--------|---|
| 運営推進会議 | <p>入居者や身元引受人をはじめとするご家族及び市町村職員並びに地域住民の代表等に対して、提供するサービスの内容等を明らかにすると共に、地域との連携を保ち、更にはその提供するサービスの質の確保及び向上を図るために、概ね2ヶ月に1回程度「運営推進会議」を開催致します。ご理解とご参加をお願い致します。</p> |
|--------|---|

18. その他

・本重要事項説明書に定められていない事項は、介護保険法令その他諸法令の定めるところにより、利用者又は扶養者と事業者が誠意をもって協議して定めることとします。

この重要事項説明書は、令和8年4月1日から効力を有します。

有料老人ホーム『北の郷』(短期利用)地域密着型特定施設入居者生活介護 利用料金表

I. 料金表(1ヶ月30日で計算)

令和 8年 4月 1日

| ○個室 | 1日当り | 1ヶ月 | | | | 備考 |
|---------|-------|---------|--|--|--|----------------------|
| 家賃(非課税) | 1,500 | 45,000 | | | | |
| 管理費 | 100 | 3,000 | | | | 家財等管理費 |
| 水道光熱費 | 640 | 19,200 | | | | |
| 食費(非課税) | 1,570 | 47,100 | | | | 朝食410円、昼食540円、夕食620円 |
| 合計 | 3,810 | 114,300 | | | | |

| ○二人室 (1名利用も可能) | 1日当り | 1ヶ月 | 1日当り | 1ヶ月 | | 備考 |
|--|--------|---------|--------|---------|--|----------------------------|
| | (1名利用) | | (2名利用) | | | |
| 家賃(非課税) | 2,500 | 75,000 | 2,500 | 75,000 | | |
| 管理費 | 200 | 6,000 | 200 | 6,000 | | 家財等管理費 |
| 水道光熱費 | 640 | 19,200 | 1,260 | 37,800 | | |
| 食費(非課税) | 1,570 | 47,100 | 3,140 | 94,200 | | 朝食410円、昼食540円、夕食620円(一人当り) |
| 合計 | 4,910 | 147,300 | 7,100 | 213,000 | | |
| ※リフォーム料 …… 退居時に①居室清掃料金発生、②他リフォーム等料金が発生する場合あり | | | | | | |

| その他費用内訳 | 1日当り | 1ヶ月 | 1回につき | 1件につき | | 備考 |
|--------------|------------------------|-------------------------|-------|-------|--|--------------------------------|
| ・環境衛生費 | | | | | | |
| 洗濯代等 | 130 | 3,900 | | | | 入浴時とシーツ交換時に発生する物 |
| 個別洗濯代 | | | 100 | | | 個別依頼の物、夜間帯処理の物 |
| ・事務費 | | | | 30 | | 立替処理時 |
| ・手続代行料 | | | 500 | | | |
| ・その他の費用 | | | | | | |
| 電気代 | 3点以内 4~6点以内 7点以上 | 2,100 3,600 5,100 | | | | お持込になる私物電化製品の数・種類により、料金が異なります。 |
| 特別レク | | 実費 | | | | |
| 薬とり代行 | | | 500 | | | |
| 付添料(病院・自宅等) | | | | | | 30分 500円(代理診察も同様) |
| 買物代行 | | | 100 | | | 事情により花輪地区発生の場合150円/回 |
| 定時外付添料 | | | 5,000 | | | 17時30分から翌8時30分の間に発生した場合、付添料として |
| 特別メニュー食(非課税) | 350 | 10,500 | | | | 医師の指示により |
| コピー料 | | | | | | 1枚 10円(モノクロ) |
| ●冬期間暖房費 | 200 | 6,000 | | | | 暖房器具一台につき(10月から5月まで) |
| その他の利用料 | | 実費 | | | | 電話料・おむつ代等 |

注)全て税抜き表示です(家賃・食費は非課税)

| 介護保険自己負担 | 単位数/1日 ※1単位10円 | 1割×1ヶ月 | 2割×1ヶ月 | 3割×1ヶ月 | | |
|-------------------|---|---------------------|---------|----------|-------------------|--|
| 基本サービス | 要介護 1 | 546 | 16,380 | 32,760 | 49,140 | ・1ヶ月の個人支払分は30日とした場合。31日の月は1日当たりの単位数×31。 ・「1割」負担と「2割」負担で異なります。 ・ご自身の負担割合につきましては、介護保険負担割合証をご確認ください。 ・医療機関連携加算は月算定項目です。 【短期利用時補足】 ・基本サービス費他単位数は変わりません。 ・医療機関連携加算は算定されません。 |
| | 要介護 2 | 614 | 18,420 | 36,840 | 55,260 | |
| | 要介護 3 | 685 | 20,550 | 41,100 | 61,650 | |
| | 要介護 4 | 750 | 22,500 | 45,000 | 67,500 | |
| | 要介護 5 | 820 | 24,600 | 49,200 | 73,800 | |
| 体制 | サービス提供体制強化加算(I) | 22 | 660 | 1,320 | 1,980 | |
| | 夜間看護体制加算(II) | 9 | 270 | 600 | 810 | |
| 算定該当時に加算されます | 協力医療機関連携加算 | | 100 | 200 | 300 | (I)または(II)のどちらかを算定該当時のみ |
| | 若年性認知症入居者受入加算 | | 120 | 240 | 360 | |
| | 退居時情報提供加算 | | 250 | 500 | 750 | |
| | 新興感染症等施設療養費 | | 240 | 480 | 720 | |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算(I) 又は高齢者施設等感染対策向上加算(II) | | 10 5 | 20 10 | 30 15 | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | | 20 | 40 | 60 | |
| 退院・退所時連携加算 | 30 | 900 | 1,800 | 2,700 | 発生時(入居から30日以内に限る) | |
| ※1 介護職員等処遇改善加算(I) | | 「1ヶ月あたりの総単位数」×12.8% | | | | 令和8年5月31日まで |
| ※2 介護職員等処遇改善加算(I) | | 「1ヶ月あたりの総単位数」×15.9% | | | | 令和8年6月1日から |

※1 令和8年5月31日で算定終了

※2 青字~令和8年6月1日より加算