

特別養護老人ホームぬくもりの家重要事項説明書

社会福祉法人奥州いさわ会
高齢者支援事業部門

基本理念

優しく 温かく ともに生きる

基本方針

一人ひとりの尊厳を守り、福祉への情熱と
創造をもとに、地域社会に貢献します。



胆沢高齢者総合福祉施設
ぬくもりの家

社会福祉法人奥州いさわ会

ぬくもりの家介護老人福祉施設重要事項説明書

1 事業の目的と運営の方針

特別養護老人ホームぬくもりの家の指定介護老人福祉施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において食事、入浴、排泄等の介護、相談及び援助、社会生活上の支援、機能訓練、健康管理及び療養上の支援を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるようにすることを旨とするものとします。

2 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホームぬくもりの家	
所在地	岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地	
指定番号	0372500454	
指定年月日(開設)	平成14年4月25日	
利用定員	50人	
職員体制	管理者(施設長)	1人
	医師(嘱託)	1人
	生活相談員	1人以上
	介護支援専門員	1人以上
	介護職員	15人以上
	看護職員	2人以上
	機能訓練指導員	1人以上
	管理栄養士	1人以上
居室	個室となります。	

3 職務

- (1) 施設長は、施設の業務を統括します。施設長に事故あるときは、あらかじめ施設長が定めた職員が施設長の職務を代行します。
- (2) 医師は、利用者の診察、健康管理及び保健衛生指導に従事します。
- (3) 生活相談員は、利用者の生活相談、面接、身上調査並びに利用者処遇の企画及び実施に関するに従事します。
- (4) 介護職員は、利用者の日常生活の介護、援助に従事します。
- (5) 看護職員は、利用者の診察の補助及び看護並びに保健衛生指導に従事します。
- (6) 管理栄養士は、献立作成、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般及びに利用者の栄養指導に従事します。
- (7) 機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその減退を防止するための訓練を行います。
- (8) 介護支援専門員は、施設のサービス計画を作成します。
- (9) 事務員は、庶務及び会計事務に従事します。

4 ホームの暮らし

- (1) ありのままで暮らせる住まい等を提供します。

毎日の暮らしは顔馴染みの利用者や職員がいつも身近にいて、居室から一步出ると語らう場があります。
- (2) 家庭的な食事を提供します。
 - ・食事は食堂又は居室等ご希望の場所で食べていただきます。また、職員と、台所を利用しておやつ作り等も行います。
 - ・朝食：午前7時30分～午前8時30分 昼食：正午～午後1時30分
夕食：午後6時～午後7時30分
- (3) ゆったり安心できる入浴を提供します。
 - ・浴槽は特殊浴槽、一般浴槽、ユニットの個浴を設置しております。
 - ・利用される方のご希望や身体状況等に応じて、入浴ができます。
ゆったりと入浴をしていただくために顔馴染みの職員が介助します。
- (4) プライバシーを守り、個別に排泄ケアをします。
 - ・利用される方の身体状況、生活習慣に合わせて個別にケアをします。
- (5) 面会時間は午前8時から午後8時とし、その間ご自由にご面会いただけます。
 - ・面会カードへのご記入をお願いします。
 - ・居室や、談話室等もご利用いただけます。
 - ・宿泊も可能です。その場合宿泊費は実費負担となります。食事を希望される場合も実費負担となります。
- (6) 施設での行事や外出は、利用者の希望を取り入れながら行います。
- (7) 外出・一時帰宅・通院
 - ・外出及び一時帰宅は自由です。
 - ・通院は原則として家族で対応していただきます。ただし、緊急時やむを得ない場合は施設で対応いたします。
 - ・診療代、薬代等かかった費用は、ご家族に直接お支払いいただきます。
- (8) 相談・要望はいつでもお受けします。
 - ・利用者やご家族からのご要望や、お気づきの点等は、遠慮なくお申し出ください。内容については秘密を固く守ります。
- (9) その他
 - ・入院・外泊等により、お部屋が空いている場合には、緊急の短期入所利用者に使用させていただきます。

5 利用料金（ユニット型介護福祉施設サービス費（I））

利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額とする。但し、法定代理受領が適用された場合は、厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額から当施設に支払われる介護サービス費の額を控除した額とする。また、居住費、食費及び日常生活等に要する費用は別に定める額とする。

(1)介護保険対象サービス料金

(円)

	利用 料金	夜勤職員 配置	日常生 活支援	看護 体制 (Ⅰ) (Ⅱ)	栄養マネジ メント強化	1日 当たり	30日分
介護度1	670	33	46	19	11	779	23,370
介護度2	740	33	46	19	11	849	25,470
介護度3	815	33	46	19	11	924	27,720
介護度4	886	33	46	19	11	995	29,850
介護度5	955	33	46	19	11	1,064	31,920

(2) 各種加算(1日当たり)*介護保険制度の見直し等で変更となる場合もあります。

- 初期加算 …… 30円
- 安全対策体制加算(入所時に1回) …… 20円
- 療養食加算 …… 6円/1食(3食18円)
- 若年性認知症入所者受入加算 …… 120円
- 外泊加算 …… 246円
- 看取り介護加算
 - ・死亡日 45日前～31日前 …… 72円
 - ・死亡日 4日以前～30日以下 …… 144円
 - ・死亡日 前日～前々日 …… 680円
 - ・死亡日 …… 1,280円
- 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) …… 所定単位数の14.0%
- 科学的介護推進体制加算(月あたり) …… 50円
- 自立支援促進加算(月あたり) …… 300円
- 経口移行加算 …… 28円(経管栄養者)
- 経口維持加算
(摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる者に経口維持計画を作成した場合)
 - Ⅰ(造影撮影等した場合) …… 400円
 - Ⅱ(水のみテスト等した場合) …… 100円
- ADL維持等加算(Ⅰ) …… 30円
- (Ⅱ) …… 60円
- 口腔衛生管理加算(月あたり)
 - (Ⅰ) …… 90円
 - (Ⅱ) …… 110円

○個別機能訓練加算		
	(Ⅰ) (日あたり)	・・・ 12円
	(Ⅱ) (月あたり)	・・・ 20円
	(Ⅲ) (月あたり)	・・・ 20円
○排せつ支援加算 (月あたり)		
	(Ⅰ)	・・・ 10円
	(Ⅱ)	・・・ 15円
	(Ⅲ)	・・・ 20円
○褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)		・・・ 3円
	(Ⅱ)	・・・ 13円
○生産性向上推進体制加算 (月あたり)		
	(Ⅰ)	・・・ 100円
	(Ⅱ)	・・・ 10円
○退所時情報提供加算		・・・ 250円
○退所前訪問相談援助加算		・・・ 460円
○退所後訪問相談援助加算		・・・ 460円
○退所時相談援助加算		・・・ 400円
○退所前連携加算		・・・ 500円
○配置医師緊急時対応加算	・・・早朝・夜間	650円
	深夜	1300円
○生活機能向上連携加算		・・・200円
○在宅サービスを利用した時の費用		・・・560円
○再入所時栄養連携加算		・・・400円

*介護保険負担割合が2割の方の料金は2倍となります。

*介護保険制度の見直し等で、変更となる場合があります。

(3) 介護保険対象外サービス料金

居住費 ・・・ 1日 2,066円

(入院・外泊時は介護保険の外泊加算に準じます。)

食費 ・・・ 1日 1,551円

食費・居住費の介護保険負担限度額料金表 (円)

食費	1段階	300	居住費	1段階	880
	2段階	390		2段階	880
	3段階 ①	650		3段階 ①	1,370
	②	1,360		②	1,370
	4段階	1,551		4段階	2,066

小口預かり金管理料 ・・・ 1月 500円

(4) その他個人で準備又はご負担いただくもの

理髪代、食事用エプロン等

6 利用料金のお支払い方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、25日に自動引落としによりお支払いいただきます。取扱い金融機関は（ゆうちょ銀行、岩手ふるさと農業協同組合、水沢信用金庫）です。お支払いいただきますと領収書を発行します。

7 秘密・個人情報を守ります

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。

8 非常災害対策

- (1) ホームは、消防法に基づき防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、災害非常時に備えて必要な設備を設けるものとします。
- (2) ホームは、消防法に基づき、非常災害等に対して具体的な消防計画等の防災計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難の訓練を実施し、そのうち年2回以上は避難訓練を実施するものとします。
- (3) 利用者は健康上または防災等の緊急事態の発生に気づいた時は、ナースコール等最も適切な方法で、ホーム職員まで事態の発生を知らせるものとします。

9 事故発生時の対応と損害賠償

- (1) 利用者に対して介護サービスの提供により、事故が発生した場合には速やかに当該利用者の家族等に連絡するとともに市町村に報告するなど必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対して介護サービスの提供により事業者の責に帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害を賠償します。ただし、利用者又は親族・姻族代表又は代理人及びその家族の故意又は過失等が認められた場合、又は事業者が相当の安全配慮措置を行ったにも関わらず事故が発生した場合、又は予見することができない事故の場合に、利用者のおかれた心身の状況等を勘案して減額をするのが相当と認められる場合は損害賠償の責を減ずる又は免れる場合があります。

10 身体拘束は原則行いません

- (1) むくもりの家では、利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、薬物、物理的な身体拘束は行いません。
- (2) サービスの提供にあたっては、利用者の生命、身体、財産の安全を確保しますが、緊急時や、やむを得ない場合には、行動を制限することもあります。その場合は速やかに報告します。

11 相談、要望、苦情はいつでもお受けします。

サービスについて、利用者やそのご家族からの相談・要望・苦情に対しては、相談窓口を設けております。次の窓口で対応します。

- | | | |
|------------|--------------|--------------------|
| (1) 苦情受付窓口 | 担当 | 施設福祉課長 小河原 由香 |
| 受付時間 | 月～金曜日 | 8：30～17：00 |
| 電話 | 0197-46-5100 | F A X 0197-46-5166 |

(2) 行政機関、その他の苦情受付機関

- ・胆沢総合支所健康福祉グループ（健康増進プラザ悠悠館内）

受付時間 月～金曜日 8：30～17：00

電話 0197-46-2977 F A X 0197-46-3105

- ・岩手県福祉サービス運営適正化委員会（ふれあいランド岩手内）

電話 019-637-8871 F A X 019-637-4255

- ・岩手県国民健康保険団体連合会

受付時間 月～金曜日 9：00～12：00 13：00～17：00

電話 019-604-6700 F A X 019-604-6701

(3) 奥州いさわ会福祉サービスに係る第三者委員

社会福祉法人奥州いさわ会が提供する介護サービスに関する苦情に対し、適切な解決を図るため第三者委員を設置しております。苦情は第三者委員に直接お話ししても受け付けます。

第三者委員 渡邊 松源 胆沢若柳 電話 46-2312

岩渕 栄子 胆沢小山 電話 47-0865

菅野 憲彰 胆沢南都田 電話 46-3263

苦情解決責任者 佐々木 明美 ぬくもりの家 電話 46-5100

12 協力医療機関等

ぬくもりの家では、次の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合には速やかな対応をお願いしています。

- ・名称 まごころ病院 内科・外科・整形外科・歯科

- ・住所 奥州市胆沢南都田字大持 40 番地

13 サービス提供の終了

- (1) 退所を希望される場合は、退所を希望する日の14日前までにお申し出下さい。
- (2) 本人が病院又は診療所に入院し、3カ月以内に退院できない場合
- (3) 本人の死亡又は要介護認定で自立や要支援、または要介護1、2（特例入所は除く）と判断された場合

14 虐待と思われる場合の通報

ぬくもりの家では、養護者による高齢者（児童）虐待を受けたと思われる身体状況等を発見した場合は、法令の定めるところにより奥州市に通報します。

15 利用者の制限及び禁止行為等

- (1) 利用者が認知症などの場合は、家族を含む第三者に重要事項の内容をご説明し同意をいただきます。
- (2) 飲酒は指定された場所とします。また事故防止のため酒類については施設にてお預かりさせていただきます。
- (3) 利用者及び親族・姻族代表又は代理人及びその家族が他の利用者や事業所従業員に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行なうことは禁止します。
- (4) 預り金管理契約を行った以外の貴重金品の持ち込みは禁止させていただきます。万が一貴重金品を持ち込んだ場合については、事業者は一切の責任を負いません。

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人奥州いさわ会
所在地 岩手県奥州市胆沢南都田字大持30番地
事業所 特別養護老人ホームぬくもりの家
説明者 氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明をうけ、サービスの提供開始について同意します。また、サービス担当者会議等において居宅サービス事業者及び介護保険施設等の関係人に、利用者及び当該家族の必要な情報を提示することに同意いたします。

利用者

住 所

署 名

(代筆者署名)

(続柄))

親族・姻族代表者又は代理人

住 所

署 名