

特別養護老人ホーム「**いずみの郷**」

(介護保険事業所番号 0770105609)

重 要 事 項 説 明 書

社 会 福 祉 法 人 **なごみ**

指定介護老人福祉施設「いずみの郷」

重要事項説明書

(令和4年10月1日現在)

1. 設置名 社会福祉法人 なごみ

2. 事業所名 特別養護老人ホーム いずみの郷
(介護保険事業者番号 0770105609)

3. 運営方針

- (1) 当施設はユニットケアを実践するにあたり、利用者1人1人の意志及び人格を尊重し、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮いたします。
- (2) 当施設の介護職員等は、要介護者の特性をふまえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、機能訓練による身体機能の維持、その他生活全般にわたる援助を行います。
- (3) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービス提供に努めるものとします。

4. サービス内容

【食 事】朝食 7:00 ～ 提供可能
昼食 12:00 ～ 提供可能
夕食 18:00 ～ 提供可能

【入 浴】週に2回以上入浴していただけます。
ただし、状態に応じ、清拭となる場合があります。

【介 護】施設サービス計画に沿って下記の介護を行います。
着替え、排泄、食事等の介助
体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等

【生活相談】常勤の生活相談員または介護支援専門員に、介護以外の日常生活に関することも含めて相談できます。

【健康管理】当施設では、年1回の健康診断を行います。また、ひがしはまクリニックの医師による健康管理を実施いたします。

【機能訓練】日常生活動作の機能維持のために機能訓練を行います。

【理美容サービス】当施設では月に2回以上、理容師および美容師によるサービスを提供できます。料金は別途かかります。

【レクリエーション】当施設では、季節ごとの行事を行います。行事によっては、別途で参加費がかかる場合もあります。

5. 利用料金

(1) 施設利用料(1日あたり)

※2割・3割負担については、こちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

要介護度	利用者負担額(1割負担)
要介護1	652円
要介護2	720円
要介護3	793円

要介護4	862円
要介護5	929円

(2)加算(1割負担)該当するもののみ

※2割・3割負担については、こちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

加算名称	1日又は1回	1割負担額
初期加算	1日あたり	30円
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	1日あたり	46円
夜勤職員配置加算(Ⅱ)	1日あたり	18円
ADL維持等加算(Ⅰ)	1回/月	30円
ADL維持等加算(Ⅱ)	1回/月	60円
排せつ支援加算(Ⅰ)	1回/月	10円
排せつ支援加算(Ⅱ)	1回/月	15円
排せつ支援加算(Ⅲ)	1回/月	20円
自立支援促進加算	1回/月	300円
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	1回/月	40円
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	1回/月	50円
安全対策体制加算	1回	20円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	1回/月	3円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1回/月	13円
栄養マネジメント強化加算	1回/月	11円
再入所時栄養連携加算	1回あたり	400円
療養食加算	1回あたり	6円
個別機能訓練加算(Ⅰ)	1日あたり	12円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1日あたり	20円
看護体制加算(Ⅰ)	1日あたり	4円
看護体制加算(Ⅱ)	1日あたり	8円
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1日あたり	22円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日あたり	18円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1日あたり	6円
若年性認知症入所者受入加算	1日あたり	120円
経口移行加算	1日あたり	28円
経口維持加算(Ⅰ)	1回/月	400円
経口維持加算(Ⅱ)	1回/月	100円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	1回/月	90円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	1回/月	110円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	1日あたり	3円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	1日あたり	4円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	月額算定した単位数の1000分の83に相当する単位数	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ又はⅡ	月額算定した単位数の1000分の27(Ⅰ)又は23(Ⅱ)に相当する単位数	
介護職員等ベースアップ等支援加算	月額算定した単位数の1000分の16に相当する単位数	

(3)看取り介護加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)

※2割・3割負担については、こちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

1割負担額	
(1)死亡日以前31日以上45日以下	1日につき72円
(2)死亡日以前4日以上30日以下	1日につき144円

(3) 死亡日以前2日及び3日	1日につき(Ⅰ)680円(Ⅱ)780円
(4) 死亡日	(Ⅰ)1,280円 (Ⅱ)1,580円

(4) 食費 *経管栄養含む(1日あたり) 1,540円

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

区 分	負担限度額
利用者負担第1段階	300円
利用者負担第2段階	390円
利用者負担第3段階①	650円
利用者負担第3段階②	1,360円
利用者負担第4段階以上	1,540円

(5) 居住費(1日あたり) 2,030円

※負担限度額認定を受けている場合には、介護保険負担限度額認定証に記載している負担限度額となります。

区 分	負担限度額
利用者負担第1段階	820円
利用者負担第2段階	820円
利用者負担第3段階①②	1,310円
利用者負担第4段階以上	2,030円

※入院又は外泊した場合でも、居住費は本人のお部屋として確保してあるため利用者個人負担金(居住費)は頂くこととなります。

(6) 入居期間中の入院または外泊した期間の取扱い

※2割・3割負担については、こちらの金額に2または3を乗じた金額になります。

入 院 (1日あたり)	246円 (1割負担額)	ただし入院日の翌日 から6日間
外 泊 (1日あたり)	246円 (1割負担額)	ただし1ヶ月間に6 日間まで

(7) その他の料金

①嗜好による献立変更を希望される場合は、その実費を申し受けます。

1食1品 300円

②理美容費

調 髪	1回あたり 1,300円～
-----	---------------

③日用生活品の購入代金等、利用者にご負担いただくことが適当であるものにつきましては、ご持参いただくか実費でのご負担となります。

洗 濯 料	施設内で洗濯可能な衣類等については無料ですが、クリーニングを必要とするものについては実費ご負担いただきます。
衣 類	下着、パジャマ、普段着、タオル等についてはご持参いただくか、利用者負担となります。
日 用 品	歯ブラシ、歯磨き粉、化粧品等はご持参いただくか、利用者負担となります。
嗜 好 品	個人の趣味、嗜好品(菓子、タバコ、お酒等)は利用者負担となります。
教養娯楽品	個人用の新聞、雑誌等は利用者負担となります。

通 信 費	個人の電話代、郵送代は利用者負担となります。
-------	------------------------

④金銭・貴重品の管理および支払い代行費用（預かり金管理サービス）

利用者の希望により、金銭、貴重品の管理サービスをご利用いただきます。

利用料金：１ヶ月あたり １，５００円

※なお重度医療申請手続きを希望される場合は、別途１ヶ月５００円いただくようになります。

（８）支払い方法

＊金融機関口座からの自動引落とし（金融機関により引落とし手数料が違います）

当施設で用意する手続きにて、各金融機関本支店より自動引落としが可能です。

毎月２０日までに前月分の利用料請求書を送付致しますので、支払い期日前日（２６日）までにご準備願います。

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、当該月の費用を全額お支払いいただきます。お支払いいただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと自己負担額（費用の１割から３割と食費ならびに居住費）を除く金額が払い戻しされます（償還払い）。

６．当施設の職員の構成と勤務体制

（１）職員構成と職務

職 名	職 務 内 容	常 勤	非常勤	計
施 設 長	施設の職員および業務を管理します。	１名		１名
事 務 長	施設の職員および業務の管理補佐をします。	１名		１名
事業 管理者	事業所の職員および業務を管理します。 (特別養護老人ホーム施設長が兼務する)	１名		１名
医 師	利用者の健康管理、療養上の指導を行います。		１名	１名
生活 相談員	利用者の日常生活上の相談・援助等を行います。	１名以上		１名以上
管理栄養士 栄養士	利用者の栄養や身体の状態および嗜好を 考慮した献立の作成、調理指導を行います。	１名以上		１名以上
介護支援 専門員	施設介護計画を作成し、施設内および他機関との 連携を図ります。	１名以上		１名以上
事 務 員	会計、庶務等の事務処理を行います。	３名以上		３名以上
看護職員	医師の指示を得て、利用者の 健康保持のための適切な措置をとります。	４名以上		４名以上
機能訓練 指導員	医師の指示を得て、利用者の状況に応じて 機能訓練を行います。	１名以上		１名以上
介護職員	上司の命を受け、利用者の生活全般の 介護、援助を行います。	４０名以上	１０名以上	５０名以上

（２）基本勤務体制

早 番	０７：００ ～ １６：００
日 勤	０８：３０ ～ １７：３０
遅 番	１３：００ ～ ２２：００
夜 勤	２２：００ ～ ０７：００

７．入居定員 １００名 （１ユニット定員１０名）

８．サービス内容に対する苦情の受付

（１）苦情は、面接、電話、手紙等により、苦情受付担当者が随時受け付けします。

苦情受付担当者 生活相談員
解決責任者 施設長 八島 宏一
電話番号 024(573)7555

(受付時間 日祭日を除く 午前8時30分～午後5時30分)

また、当法人の第三者委員に直接苦情を申し出ることも出来ます。

第三者委員 齋藤 牧子
電話番号 024(559)0743
第三者委員 佐藤 都子
電話番号 024(556)1001

(2) 苦情受付の報告と確認

苦情受付担当者が受付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします。ただし、苦情を申し出た方が、第三者委員への報告を拒否した場合は、その限りではありません。第三者委員は、内容を確認し、苦情を申し出た方に対して報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情を申し出た方と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情を申し出た方は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。なお、第三者委員立会いによる話し合いは、次により行います。

- ①第三者委員による苦情内容の確認
- ②第三者委員による解決案の調整および助言
- ③話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 福島県運営適正化委員会の紹介

当事業者で解決できない苦情は、福島県運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。

事務局 〒960-8141 福島市渡利字七社宮111
福島県総合社会福祉センター2階
電話番号 024(523)2943

9. 非常災害時の対応

当施設は、火災、地震、水害等の非常災害に関して具体的な対処計画を立て、それらの非常災害に備えて、定期的に避難・救出、その他の必要な訓練を行っています。

10. 協力医療機関

入居中に健康状態が悪化した場合は協力医療機関に受診いたします。協力医療機関への送迎は当施設でいたします。なお、ご家族が希望する医療機関への受診時は、ご家族の送迎でお願いいたします。

・医療法人社団敬愛会 福島西部病院
福島県福島市東中央三丁目15
電話番号 024(533)2121 (代)

・医療法人社団敬愛会 福島南循環器科病院
福島県福島市方木田字辻の内3-5
電話番号 024(546)1221 (代)

・社会医療法人福島厚生会 福島第一病院
福島県福島市北沢又字成出16-2
電話番号 024(557)5111 (代)

・ひがしはまクリニック
福島県福島市東浜町10-16
電話番号 024(563)1366 (代)

11. その他の留意事項

(1) 契約期間

- ①利用者が要介護認定の更新で要介護者（要介護3～要介護5）と認定された場合は、文書により契約終了の申し出がない場合、自動更新となります。
- ②利用者が要介護認定の更新で要介護者（要介護1～要介護2）と認定された場合は、下記要件のいずれかに該当し、かつ、保険者へ特例申請をする事で、契約更新することができます。
 - ア）認知症である者であって、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
 - イ）知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られること
 - ウ）家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること
 - エ）単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

(2) 退居手続き

- ①利用者の都合で退居される場合
退居を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。
- ②自動終了
以下の場合、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。
 - ア）利用者がほかの介護保険施設に入居した場合
 - イ）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）または要支援と認定された場合
※この場合、該当区分の有効期限内に退居していただきます。
 - ウ）利用者が要介護認定の更新で要介護者（要介護1～要介護2）と認定された場合で（1）②のア～エの要件に該当しない場合
 - エ）利用者が死亡した場合
 - オ）利用者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告した日から30日を超えて支払わない場合。または利用者や家族などが当施設や当施設の従業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、退居していただくことがあります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
 - カ）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ヶ月を経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただきます。入院後3ヶ月を経過し、再度入居を希望される場合は、改めてお申込みいただくようになります。
 - キ）利用者が、病院または診療所に入院し、3ヶ月以内に退院する場合であっても、医師による退院前病状説明で医療処置的に施設での生活に困難が有るとの説明が有った場合、家族及び施設の両方で再受け入れについて検討を行い、その結果により退居していただくことがあります。この場合施設は、出来る範囲において退居後の生活がスムーズに再開できるよう支援を行います。
 - ク）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、退居していただく場合があります。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

(3) 施設利用に当たっての留意事項

①面会

- ア）面会時間は特に定めません。ご都合の良い時間においで下さい。なお、玄関先の自動ドアは午後8時から午前8時までロックされております。ご面会の方は通用口からの出入りとなります。
- イ）指定感染症が蔓延している場合は、感染対策のため面会を制限させていただく場合があります。その場合の対策としてタブレット面会を用意しております。タブ

レット面会をご希望の場合は、2 日前までに社会福祉法人なごみホームページから又はお電話にて予約をお願いいたします。

②外出・外泊

ア) 食事準備の関係がありますので、5 日前までにご連絡下さい。

イ) 指定感染症が蔓延している場合は、感染対策のため外出・外泊をご遠慮いただく場合があります。

③喫煙・飲酒

基本的に自由となっております。喫煙については所定の場所をお願いいたします。なお、自己管理できない方および当施設で自己管理できないと判断した場合は、介護員室でお預かりさせていただき、利用者の希望により提供いたします。

④所持品の持ち込みについて

可燃物、刃物、劇薬指定物等、利用者の共同生活の場として不適切なものについての持ち込みは一切お断りいたします。

⑤施設外での受診について

当施設の嘱託医の判断により、受診および入院が必要とされた場合の送迎については無料で行います。ただし、利用者またはご家族の希望による受診は、ご家族等で送迎をお願いいたします。

⑥入院時の対応について

利用者が入院した際の付き添いその他の対応については、ご家族等でお願いいたします。

⑦退院時の対応について

利用者が入院先の病院から退院許可が下りた場合、施設は必要に応じて病院に出向き退院前の調査を行います。その後、受入れ準備を整えてからご家族様に退院日の相談をさせていただきます。退院の送迎は施設が無料で行います。

⑧施設、設備の使用上の注意

ア) 居室および共用施設・敷地は、その本来の用途に従って利用してください。

イ) 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたのにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、利用者の自己負担により現状に戻していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

ウ) 利用者に対するサービスの実施および安全衛生上や管理上の必要があると認められる場合は、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をと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。

エ) 当施設の他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような行為及び宗教活動、営利活動を行うことはできません。

12. 緊急時の対応方法

(1) 事故が発生した場合は、利用者に対し応急措置、医療機関への搬送等の策を講じるとともに、すみやかに家族等および関係諸機関に事故の発生状況および今後の対応等について報告します。

(2) 施設は、サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

(3) 施設は自己の責めに帰すべき理由がない限り、損害を賠償しません。とりわけ以下に示す場合には、その賠償責任を免れます。

①利用者または代理人が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げずまたは不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

②利用者または代理人が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対し、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

③利用者の急激な体調の変化や不慮の転倒・転落等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

④利用者が、事業者もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

(4) 利用者の身体的状況

老人性骨粗鬆症は、加齢とともにその発生率が増大し、ちょっとした動作や外力によって骨折を起こすことがあります。ご承知おきください。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

(1) 実施の有無 実施無し

特別養護老人ホーム いずみの郷 入居にあたり、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の説明をいたしました。

重要事項説明日

令和

年

月

日

<事業所>

所在地 福島県福島市泉字式斗蒔 17-1

名称 社会福祉法人なごみ 特別養護老人ホームいずみの郷

代表者名 施設長 八島 宏一

説明者 職名 生活相談員
氏名

私は、契約書及び本書面により、特別養護老人ホーム いずみの郷 についての重要事項の説明を受け、同意いたしました。

【利用者本人】

住所

氏名

【本人家族】

住所

氏名

続柄（ ）