

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 光彩会

特別養護老人ホーム みちみち 伊奈中央

特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央
重要事項説明書

1 当施設が提供する老人福祉サービスについての相談窓口

特別養護老人ホームみちみち伊奈中央 電話 048-723-5300

受付時間 月曜日から金曜日 9時00分から17時00分まで

2 法人及び当施設の概要

(1) 運営の方針

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置いて入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、入居者が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にすることを目指します。

(2) 事業の目的

社会福祉法人光彩会が開設する特別養護老人ホームみちみち伊奈中央（以下、「施設」という。）が行う指定介護老人福祉施設サービス（以下「サービス」という。）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や従業者が、要介護状態にある入居者 に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

(3) 法人の名称等

名 称	社会福祉法人 光彩会
理 事 長	野澤 道雄
開設年月日	平成19年10月11日
所 在 地	埼玉県さいたま市北区植竹町2-69-7
電 話	048-788-2413
ファクシミリ	048-788-2414

(4) 施設の名称等

名 称	特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央
開設年月日	平成24年4月1日
所 在 地	埼玉県北足立郡伊奈町小室9544-3
指定事業者番号	第1171300492号

(5) 職員の体制（常勤換算）

職種	人員基準	職員実数	業務内容等
施 設 長	1人	1人	施設業務を統括
医 師	1人以上(非常勤)	2人	健康維持管理、療養上の指導
介護支援専門員	1.2人以上	2人	施設サービス計画の作成
生活相談員	1.2人以上	2人	入居者の入居の相談、生活の相談、処遇の改善
看 護 職 員	3人以上	5人	入居者の健康管理・指導、保健衛生管理の向上
介 護 職 員	40人以上	60人	入居者の日常生活の援助、介助、保健衛生管理
管理栄養士	1人以上	2人	食事業務全般、栄養指導
機能訓練指導員	1.2人以上	1.2人	身体機能の維持、減退防止の指導訓練
事 務 職 員	必要数	2人	請求業務、労務、会計、施設管理、庶務

(6) 職員の勤務体制

① 介護職員等の主な勤務時間

ア 早出勤務 7:00 ~ 16:00

イ 日 勤 1	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
ウ 日 勤 2	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
エ 遅出勤務	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
オ 夜 勤	2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0 (翌朝)

※日中はユニットごとに常時1人以上、夜間及び深夜は2ユニットごとに常時1人以上の介護職員又は看護職員を配置します。

※上記の職員に加え、時間帯に応じて必要な数の職員を配置します。

(7) 設備の概要

入居定員：120人

設備の種類	室数	備 考
ユニット	12	1ユニットの利用定員10人
居室	120	洗面所、収納庫付き
共同生活室	12	各ユニットに1室(計12室)、キッチン、洗面設備
浴室	16	1階～4階個浴12カ所、機械浴各階に1カ所
トイレ	36	各ユニット内3カ所設置
調理室	1	1階に1室
医務室	2	1・2階に各1室
相談室	1	1階に1室
事務室	1	1階に1室
理美容室	1	1階に1室

3 サービスの内容

(1) 施設サービス(介護サービス計画)の立案

入居者の意向を踏まえながら、個々の介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成します。

(2) 食事の提供

- ① 食事は、栄養並びに入居者の身体の状態及び嗜好を考慮したものを提供します。
- ② 食事の時間は概ね次のとおりです。
朝食：8時から 昼食：12時から 夕食：18時から
- ③ 食事は原則として居住されるユニットの食堂(共同生活室)で召し上がっていただきます。
- ④ 予め連絡があったときは、衛生上または管理上の可能な一定時間、食事の取り置きをすることができます。

(3) 入浴

1週間に2回入浴または清拭を行います。ただし、入居者の健康病状によって入浴が適当でないと判断するときは行わないことがあります。

(4) 排泄

入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

(5) 生活介護

- ① 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ② 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。
- ③ 清潔な寝具を提供します。(シーツ、枕カバー、包布の交換は週1回行います。)
- ④ 口腔衛生に気を配り、毎日歯磨きを行います。

(6) 機能訓練

機能訓練指導員が、日常生活を営むのに必要な機能を回復し、またはその減退を防止するために、計画に基づいて定期的に訓練を行います。

(7) 生活相談

常に入居者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に心がけ、入居者又は家族からの相談に応じるとともに、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

(8) 健康管理

- ① 嘱託医師により週1回往診日を設けて健康管理に努めます。
- ② 緊急かつ医療が必要なときは、協力医療機関に通院等の援助を行います。また、入院等が必要なときは協力医療機関に入院することもできます。
- ③ 年1回健康診断を行います。

(9) レクリエーション

室内でのレクリエーションのほか、屋外への散歩、買い物、初詣なども実施しております。ご希望により参加いただくことができます。

(10) 理美容サービス

毎月理容師、美容師の訪問による理髪、美容を利用することができます。費用は実費を負担いただきます。

(11) 行政手続代行

入居者が要介護認定の更新・変更申請を円滑に行えるよう入居者を援助します。

4 料金等

後に記載のとおり

5 利用料のお支払い方法

利用料並びに諸費用は1ヶ月ごと月末締めとし、翌月15日頃までに請求書を郵送します。

お支払いは原則として入居者が指定する金融機関の預金口座からの自動引き落としの方法でさせていただきます。(引き落とし日：毎月28日。ただし同日が金融機関休業日の場合、翌営業日)

施設窓口での現金の収受、取扱はおこなっておりません。

6 入退所の手続き

(1) 入所の手続き

サービスの内容等をご理解いただいたうえで必要な書類を添えて入所お申込みをいただいた後、入所検討委員会にはかります。

(2) 退所手続き

- ① 入居者の都合でサービス利用を中止するとき
退所を希望する日の30日前までに文書にて申し出てください。
- ② サービスの自動終了
次のとき、双方の通知がなくとも自動的にサービスを終了します。
 - イ 入居者が他の介護福祉施設へ入所したとき
 - ロ 入居者が亡くなったとき
 - ハ 介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護区分が非該当（自立）または要支援と認定されたとき
 - ニ 介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護区分が、要介護1、要介護2と認定され、特例入所の要件に該当しなくなったとき
- ③ その他のサービスの終了事由
 - イ 入居者並びに保証人らが正当な事由なく利用料を支払期限までに支払わずかつ事業者の催告にもかかわらず14日以内に支払わないとき
 - ロ 入居者、保証人ら並びにその家族等が当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき
 - ハ やむを得ない事情により当施設を閉鎖または縮小するとき

(この場合、30日前までに文書で通知することによりサービス利用契約を終了し、退所していただくときがあります)

二 震災等により施設の滅失や重大な毀損によりサービス提供が不可能となったとき

ホ 利用料金等の変更があった場合、その内容に対する同意をいただけない場合

ヘ 入居者が病院等に入院して、連続して3ヵ月を超えて入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合。

④ 退所時の援助

入居者が当施設を退所する場合には、入居者のご希望により施設は入居者の心身の状況や置かれている環境等を勘案し円滑な退所のために必要な以下の援助を速やかに行います。

①適切な病院もしくは診療所、又は介護老人保健施設等の紹介

②居宅介護支援事業所の紹介

③その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7 施設利用にあたっての留意事項

(1) 面会

面会時間は9時00分から17時00分までの間です。

(2) 外出、外泊

外出、外泊は、食事、薬の準備等が必要となるので事前に申し出てください。

(3) 喫煙、飲酒

施設内での喫煙、飲酒はご遠慮ください。

(4) 食べ物の持ち込み

面会の際、食べ物を持ち込まれるときは職員へ申し出てください。食べ物の管理は出来かねますのでお持ち込みは面会時に入居者本人が食べる分だけとし、残りはお持ち帰りください。

(入居者はそれぞれ食形態、嚥下機能が異なります。他の入居者へ食べ物を配布することにより誤嚥事故につながりますので、他の入居者への配布は禁止します。)

(5) 施設外での受診

嘱託医師、協力医療機関の医師の指導ではなく、入居者の希望で他の医療機関を受診するときは、家族の付添いで受診をお願いします。また受診結果、処方薬等について職員へ連絡ください。

(6) 持ち込み品

① 現金や貴重品の施設での管理、保管、お預かりはいたしません。

② 危険物、可燃物の持ち込みは遠慮ください。

③ 持ち込みたい物があるときは職員へご相談ください。

④ ペットの持ち込みはお断りします。

(7) 居室の変更

入居後、介護サービス提供上の事由から居室の移動をお願いする場合もございます。その際には、入居者及び家族から同意を得たうえで行うこととします。

(8) 施設内の禁止事項

① 喧嘩、口論、泥酔等他人へ迷惑をかけること。

② 政治活動、宗教、習慣等により自己の利益のため他人の自由を侵害したり他人を攻撃したりすること。

③ 指定した場所以外で火気を用いること。

④ 故意または無断で施設もしくは備品に損害を与え、またこれを施設外へ持ち出すこと。

8 緊急時の対応方法

入居者の容態に変化等があったときは、医師に連絡する等必要な措置を講ずる他、家族へ速やかに連絡します。緊急連絡先は身元引受人とします。

(1) 第1連絡先

氏 名	(入居者との続柄： 年齢：)		
住 所			
携帯電話		自宅電話	
勤務先電話	社名： 住所：		

(2) 第2連絡先

氏 名	(入居者との続柄： 年齢：)		
住 所			
携帯電話		自宅電話	
勤務先電話	社名： 住所：		

9 協力医療機関

(1) 嘱託医 今成 芳郎

今成医院（診療科目：内科・消化器科・胃腸科・外科・整形外科・リハビリテーション科 他）
北足立郡伊奈町小室2469-2 電話 048-723-8280

(2) 嘱託医 高 秀明

精神科病院コーククリニック（診療科目：精神科）
東京都台東区池之端4-6-6 電話 03-5685-3861

(3) 協力病院

① 伊奈病院

北足立郡伊奈町小室9419 電話 048-721-3692

② 蓮田病院

蓮田市根金1662-1 電話 048-766-8111

③ 北本共済医院

北本市下石戸下511-1 電話 048-591-7111

④ dental clinic matsuzawa（訪問歯科医師 松澤 健蔵 先生）

さいたま市西区宝来1515-8 電話 048-626-0418

10 事故発生時の対応方法

事故が発生したときには、応急処置及び緊急受診等の必要な処置を講ずるほか、家族へ速やかに連絡します。また、状況に応じて保険者等へ速やかに報告します。

1.1 非常災害対策

- (1) 当施設では、非常災害に関する具体的な計画を立て、避難、救出、通報、消火等の各訓練を実施します。
- (2) 当施設では、非常災害時に備えて非常用食料、飲料水、医薬品等の備蓄を実施します。

1.2 介護サービス情報の公表について

「介護サービス情報の公表」制度の通知による第三者による評価は当施設では未実施となります。介護情報の公表についての情報は施設内にも設置しますが、埼玉県または指定情報公表センターなどのホームページでご覧頂くこともできます。

1.3 サービス内容に関する相談、苦情

- (1) 相談担当 生活相談員、介護支援専門員
- (2) 社会福祉法第82条の規定により、当施設では入居者からの苦情に適切に対応する体制を整えています。当施設における苦情解決責任者、苦情解決受付担当者、苦情解決第三者委員会を下記により設置し、苦情解決に努めることとします。
 - ① 苦情解決責任者 施設長
 - ② 苦情解決受付担当者 生活相談員、介護支援専門員
受付時間 月曜日から金曜日 9時00分から17時00分まで
連絡先 電話 048-723-5300
 - ③ 苦情解決第三者委員
 - ・長沼 時子 氏（地域代表）
電話 048-721-4497
 - ・黒田 陽子 氏（民生委員）
電話 080-5186-3581
 - ④ 行政機関等
 - ・伊奈町役場 北足立郡伊奈町小室9493
電話 048-721-2111
 - ・埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課 さいたま市中央区大字下落合1704
電話 048-824-2568
 - ・埼玉県社会福祉協議会 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65
電話 048-822-1234

1.4 守秘義務

施設及び職員は、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守します。

1.5 身体拘束の禁止

原則として、入居者の行動を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に入居者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

（「4 料金等」関係）

施設サービスを利用するために必要な費用について

- ・施設サービス費及び加算については、介護保険負担割合証の割合額で算定します。
- ・1単位は10.27円となります。（地域区分：6級地 10.27）

（1）ユニット型指定介護老人福祉施設サービス費（1日につき）

介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位	670 単位/日	740 単位/日	815 単位/日	886 単位/日	955 単位/日
1割負担	688 円/日	760 円/日	837 円/日	910 円/日	981 円/日
2割負担	1,376 円/日	1,520 円/日	1,674 円/日	1,820 円/日	1,962 円/日
3割負担	2,064 円/日	2,280 円/日	2,511 円/日	2,730 円/日	2,942 円/日

（2）加算料金（1日につき）

加算項目	単位	1割	2割	3割
看護体制加算Ⅰ口	4 単位	4 円	8 円	12 円
看護体制加算Ⅱ口	8 単位	8 円	16 円	24 円
個別機能訓練加算Ⅰ	12 単位	12 円	24 円	36 円
個別機能訓練加算Ⅱ（1ヵ月につき）	20 単位	20 円	41 円	61 円
夜勤職員配置加算Ⅱ口	18 単位	18 円	36 円	55 円
日常生活継続支援加算2	46 単位	47 円	94 円	141 円
外泊時費用（月6日限度）	246 単位	252 円	505 円	757 円
初期加算（入所後30日間）	30 単位	30 円	60 円	91 円
口腔衛生管理加算Ⅱ（1ヵ月につき）	110 単位	112 円	225 円	338 円
経口維持加算Ⅰ（1ヵ月につき）	400 単位（	410 円	821 円	1,232 円
看取り介護加算Ⅰ				
・退所日以前31日以上45日以下	72 単位	73 円	147 円	221 円
・退所日以前4日以上30日以下	144 単位	147 円	295 円	443 円
・退所日に前日及び前々日	680 単位	698 円	1,396 円	2,094 円
・退所当日	1,280 単位	1,314 円	2,629 円	3,943 円
療養食加算（1日につき3回まで）	6 単位	6 円	12 円	18 円
精神科療養指導加算	5 単位	5 円	10 円	15 円
栄養マネジメント強化加算	11 単位	11 円	22 円	34 円
科学的介護推進体制加算（1ヵ月につき）	50 単位	51 円	102 円	153 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	月総単位数の14.0%			

※各種加算について算定基準を満たし、サービスを提供したときのみ加算します。

※特別な食事の提供を受けたときは、そのサービスにかかる費用の実費を負担いただくことがあります。

※入院外泊等で、外泊時費用を算定するときは、その算定期間において外泊時費用に加え居住費が発生します。

(3) 食費・居住費（ユニット個室、1日あたり）

第4段階	居住費	2,200円	※外泊・入院時の居住費について 外泊時費用算定期間（月6日）を超えた外泊又は入院期間の居住費は減額の適用ができないため、帰所又は退院した前日まで1日につき2,200円をご負担いただきます。なお、空床期間に、入居者及びご家族の同意の上で他の利用者が空床を利用する場合は自己負担が発生いたしません。
	食費	1,800円	
第3段階②	居住費	1,370円	
	食費	1,360円	
第3段階①	居住費	1,370円	
	食費	650円	
第2段階	居住費	880円	
	食費	390円	
第1段階	居住費	880円	
	食費	300円	

(4) その他費用

区分	金額・単位	内容
特別な食事代	実費	入居者の選択による外食、注文食、行事食など上記に定める通常の食事の提供に要する費用を超える食費及び個人的な嗜好品
理美容代	実費	入居者・家族の希望による理髪・毛染め等
複写物の交付	1頁 10円	
電気器具使用料	1日 50円	居室で個人が使用する電化製品の電気代（1品目あたり）
日用品費	1日230円～	入居者が日常生活を送るうえで必要とされる物品にかかる費用（入居者の選択による）
その他の費用	実費	ア 医療機関に受診・入院した場合の治療代及び薬代 イ 個人の希望する日用品の購入代金 ウ 個人にご負担いただくことが適当と思われるもの

特別養護老人ホームみちみち伊奈中央の利用にあたり、入居者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

住 所	埼玉県さいたま市北区植竹町 2 - 6 9 - 7	
事業者名	社会福祉法人光彩会	
代 表 者	理事長 野 澤 道 雄	㊞
施 設 名	特別養護老人ホーム みちみち伊奈中央	
所 在 地	埼玉県北足立郡伊奈町小室 9 5 4 4 - 3	
説 明 者	職 名	
	氏 名	㊞

私は、本書面に基づいて事業者から特別養護老人ホームみちみち伊奈中央の重要事項について説明を受け、これに同意します。

<入居者>

住 所	
氏 名	㊞

<保証人 1 >

住 所	
氏 名	㊞

(入居者との続柄：)

<保証人 2 >

住 所	
氏 名	㊞

(入居者との続柄：)

