

地域密着型特別養護老人ホーム友愛の家重要事項説明書

<令和8年4月1日>

1. 事業の目的

社会福祉法人友愛会が施設運営する地域密着型特別養護老人ホーム友愛の家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、要介護状態等にある高齢者に対し、適正な介護施設サービスを提供することを目的とする。

2. 事業の運営の方針

当施設では、入居者一人ひとりの意志及び人格を尊重し、入居者へのサービスの提供に関する計画にもとづき、その住宅における生活への復帰を念頭において、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な配慮をしながら、各ユニットにおいて、入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活が営むことができるように支援します。

3. 施設概要

(1) 提供できるサービスの種類

種	類	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
施	設	特別養護老人ホーム友愛の家
所	在	岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根揚場後8番地8
介護保険指定番号		0392500054

(2) 同施設の職員の職種、員数及び職務内容、勤務体制

管理者 1名

管理者は、事業所の一切の業務の管理を一元的に行う。

午前8時30分から午後5時30分

医師（非常勤） 1名

医師（嘱託医）は、利用者の健康状態を把握し健康保持の為の適切な処置を行う。

午後3時00分から午後4時00分（水曜日）

介護支援専門員 1名

介護支援専門員は、利用者に係る施設サービス計画の立案、作成を行う。

午前8時30分から午後5時30分

生活相談員（常勤） 1名

生活相談員は、利用者及び家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、施設内のサービス調整を行う。

午前8時30分から午後5時30分

看護職員（常勤）

1名以上

看護職員は、利用者の健康状態の把握及び医療的処置を行うとともに、機能訓練等の指導を行う。

午前8時30分から午後5時30分

介護職員（常勤）

8名以上

介護職員は、入浴、排泄、食事等の介護等を行うとともに、利用者の日常生活上の世話をを行う。

早番	午前7時00分から午後4時00分
日勤	午前10時00分から午後7時00分
遅番	午後0時00分から午後9時00分
準夜	午後2時00分から午後11時00分
夜勤	午後11時00分から午前8時00分

栄養士（常勤・兼務）

1名以上

栄養士は、栄養並びに入所者の心身の状況及び嗜好に配慮した献立の作成を行う。

午前9時00分から午後6時00分

事務員（常勤・兼務）

1名以上

事務員は、必要な事務を行う。

午前8時30分から午後5時30分

(3) 同施設の設備の概要

定員		20床	浴室	2室
居室	東町ユニット	10室	スタッフルーム	1室
	西町ユニット	10室	多目的ホール	大・小1室
共同生活室兼食堂		2室	交流スペース	1室

4. サービス内容

- (1) 施設サービス
計画の立案 利用者の解決すべき課題を把握し、利居者・家族の意向を踏まえ、施設サービス計画を作成します。
必要に応じて変更し、利用者・家族に説明します。
- (2) 居室 全室個室となります。各居室には洗面台、ロフト収納が付いています。
- (3) 食事 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。
朝食 8時00分～ 昼食 12時00分～ 夕食 18時00分～
※調理後2時間以内であれば、好きな時間帯に食事することができます。
- (4) 入浴 週に2回入浴することができます。
状態により一般浴、特別浴、または清拭となる場合があります。
- (5) 介護 施設サービス計画に沿って、適切な介護サービスを提供します。
●着替え、食事、排泄、入浴等の介助
●おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内移動の付添い等
- (6) 機能訓練 個別機能訓練計画により、物理・運動・作業・言語療法、日常生活動作訓練、レクリエーション等の機能訓練を行います。
- (7) 生活相談 わからない事や悩みについて、生活相談員等に相談することができます。
- (8) 健康管理 隔週水曜日、15時00分から16時00分まで医務室にて診察や健康相談サービスを受けることができます。
- (9) レクリエーション 誕生会、運動会、夏・秋祭り、ドライブ等行事を実施します。
- (10) 理容サービス 毎月第2月曜日に理容サービスを実施しております。ただし、この料金は別途かかります。
- (11) 事務管理 行政手続きの代行、日常生活に係る諸費用に関する支払代金を申し込むことができます。料金は別途かかります。
- (12) 預り金管理 入居者の希望により、預金通帳・預金通帳に使用する印鑑、出納代金を申し込むことができます。料金は別途かかります。

5. 利用料金

(1) 基本料金

項目	介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用に係る自己負担額(1割)		682円	753円	828円	901円	971円
①サービス利用に係る自己負担額(2割)		1,364円	1,506円	1,656円	1,802円	1,942円
①サービス利用に係る自己負担額(3割)		2,046円	2,259円	2,484円	2,703円	2,913円
②居住費に係る自己負担額		2,066円/日				
		介護保険負担限度額認定証を交付されている方についてはそれぞれ下記の料金が自己負担額となります。 (第1段階 880円、第2段階 880円、第3段階①・② 1,370円)				
③食費に係る自己負担額		1,650円/日				
		介護保険負担限度額認定証を交付されている方についてはそれぞれ下記の料金が自己負担額となります。 (第1段階 300円、第2段階 390円、第3段階 ①650円 ②1,360円)				
自己負担合計額(1割)		4,398円	4,469円	4,544円	4,617円	4,687円
自己負担合計額(2割)		5,080円	5,222円	5,372円	5,518円	5,658円
自己負担合計額(3割)		5,762円	5,975円	6,200円	6,419円	6,629円

(2) 個別加算料金

項目	1割	2割	3割	項目	1割	2割	3割	
①初期加算	30円/日	60円/日	90円/日	⑩日常生活継続支援加算Ⅱ	46円/日	92円/日	138円/日	
②看護体制加算(Ⅰ)	12円/日	24円/日	36円/日	⑪協力医療機関連携加算	50円/月	100円/月	150円/月	
③看護体制加算(Ⅱ)	23円/日	46円/日	69円/日	⑫生産性向上推進体制加算Ⅱ	10円/月	20円/月	30円/月	
④療養食加算	6円/日	12円/日	18円/日	⑬介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ～Ⅳ)	Ⅰ:14.0、Ⅱ:13.6、Ⅲ:11.3、 Ⅳ:9.0%(介護保険利用額合計額)			
⑤外泊時費用	246円/日	492円/日	738円/日					
⑥栄養マネジメント強化加算	11円/日	22円/日	33円/日	⑭看取り介護 加算Ⅰ	死亡日前45日前～31日前	72円/日	144円/日	216円/日
⑦科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40円/月	80円/月	120円/月		死亡30日前～4日前	144円/日	288円/日	432円/日
⑧サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円/日	36円/日	54円/日		死亡日前々日・前日	680円/日	1360円/日	2040円/日
⑨サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6円/日	12円/日	18円/日		死亡日	1280円/日	2560円/日	3840円/日

※⑤入居者が病院への入院を要した場合及び外泊を認めた場合。(月6日限度)

(3) その他の料金

- ①理容費 2,300円 (1回あたり)
- ②行政手続き費用(印紙、証紙、切手など含む) 実費
- ③預り金管理料 1,000円 (月)
- ④その他費用

上記のほか、レクリエーション費用、嗜好品代(酒、おやつ等)などは自己負担となります。

(4) 入院又は外泊中の居住費について

入院又は外泊の際、居室が本人の為に確保されている場合は、居住費をお支払いいただきます。なお、介護保険負担限度額認定証を交付されている方については6日間を限度として認定証に記載されている負担限度額をお支払いいただくこととなりますが、7日目以降は全額自己負担(2,066円)となります。

(5) 支払方法

毎月、10日前後に前月分の請求を送付いたしますので、翌月25日までに銀行口座等でお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

6. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

お電話等でお申込みください。居室に空きがあればご入所いただけます。

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

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

(2) 退所手続き

①入居者の都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までにお申し出ください。

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。

- お客様がお亡くなりになった場合
- 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護状態区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合（退所後のご相談いたします）

③その他の退所

以下の場合、契約終了30日前までに文章で通知いたします。

- お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合
- お客様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
- 入居者が事業者やサービス従事者または他の入居者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合
- 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

7. 秘密保持について

当施設では、業務上知り得た入居者及びご家族の情報や秘密については正当な理由なく第三者には漏らしません。この守秘義務は職員でなくなった後においても、また契約終了後においても同様です。

8. 施設利用にあたっての留意事項

- 面会
 - ・時間の制限は特にありませんが概ね午前9：00～午後8：00
 - ・面会簿への記入をお願いします。

- 外出・外泊
 - ・外出及び外泊をされる場合は予めお申し出下さい。

- 飲酒
 - ・医師から止められていない限り自由ですが、コップ1杯程度にしましょう。

- 金銭・貴重品の管理
 - ・年金、預金通帳、多額の現金等は施設にお預け願います。利用者、家族のお問い合わせには、随時お答えします。

- 所持品持込みの制限
 - ・①銃刀物、②毒劇物、③ペット（危険動物）
④食品衛生法上管理を必要とする物、⑤その他所長が指定する物

- その他
 - ・宗教活動や営利活動はご遠慮ください。
 - ・衣類、持ち物に名前を記入する場合がありますので、ご了承ください。

9. 緊急時の対応方法

ご利用者に容態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。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

10. 非常災害対策

- 防災時の対応——災害による被害を最小限に止めるため防災計画を作成し、常に消防署・近隣と連携を重ね、防災対策に万全を期しております。
- 防災設備 ——専門業者の定期点検に加え、防災管理委員会を組織し、自主点検します。
- 防災訓練 ——定期的に年4回の避難訓練、内1回夜間総合訓練を実施します。

11. 事故発生時の対応

ユニット型介護老人福祉施設サービスの提供により、万一事故が発生した場合には、速やかに利用者のご家族、関係機関に連絡するとともに、事故にあわれた方の救済、事故の拡大の防止など必要な措置を講じます。

また、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに損害賠償を行ないます。

12. 虐待防止に関する事項

1. 施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。
 - (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
2. 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者に虐待を受けたと思われる入居者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

13. 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 (月曜～金曜 午前8時30分～午後5時30分)
- | | | | | |
|---------|--------|---------|----|--------------|
| 苦情解決責任者 | 所 長 | 小野寺 孝 太 | 電話 | 0197-44-4112 |
| 苦情受付担当 | 所長補佐 | 及 川 茂 子 | | 〃 |
| | 副主任介護員 | 山 路 涼 司 | | 〃 |

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

②その他

当施設以外に、市区町村等の相談・苦情窓口でも受け付けています。

- | | | |
|------------------|----|--------------|
| 金ヶ崎町・保健福祉センター担当課 | 電話 | 0197-44-4560 |
| 岩手県介護保険担当窓口 | 電話 | 019-651-3111 |
| 岩手県国民健康保険団体連合会 | 電話 | 019-604-6700 |

14. 協力病院

金ヶ崎診療所、総合水沢病院、美山病院、奥州病院

15. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人友愛会
代表者役職・氏名	理事長 小野寺 逸 夫
本部所在地・電話番号	岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根揚場後8番地2 電話 0197-44-4111
定款の目的に定めた事業	1、特別養護老人ホーム 2、短期入所事業 3、通所介護事業 4、居宅介護事業 5、高齢者生活支援事業 6、小規模多機能型居宅介護事業

16. その他

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----

年 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および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地	岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根揚場後8番地2
名称	社会福祉法人友愛会
理事長	小野寺 逸 夫 印

事業所

所在地	岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根揚場後8番地8
名称	特別養護老人ホーム友愛の家
所長	小野寺 孝 太 印

説明者

所属	特別養護老人ホーム友愛の家
氏名	補 佐 及川 茂 子 印
	生活相談員 永瀬 以央里 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意します。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印