

介護老人福祉施設重要事項説明書

<令和 8 年 6 月 1 日 現在 >

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0823-77-1558 (午前9:00～午後5:30まで)
担当 岩田 景子、横田 尚、木下 美果、土井 貴司

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 特別養護老人ホーム 郷原の里の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム 郷原の里
所在地	呉市郷原町11882-12
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (広島県 3470500962号)

(2) 同施設の職員体制

	常勤専従	常勤兼務	非常勤	計
管理者 (施設長)	1 名			1 名
嘱託医			1 名	1 名
生活相談員 (介護福祉士)	2 名			2 名
介護支援専門員	1 名			1 名
(ショートステイとの併設体制)				
介護職員 (()内 介護福祉士)	18(11) 名		6(3) 名	24 名
看護職員 (()内 正看護師)	6(5) 名			6 名
機能訓練指導員 (()内 看護師、理学療法士)	1(1) 名		1(1) 名	2 名
管理栄養士	2 名			2 名
調理員	1 名		1 名	2 名
事務員	1 名		1 名	2 名

3. サービス内容

施設サービス計画の立案・食事・入浴・介護・機能訓練・生活相談及び援助・健康管理
特別食の提供・社会生活上の便宜の供与・レクリエーション・その他の日常生活上の世話
等

4. 利用料金

(1) 基本料金

① 施設サービス費・・・利用者本人の要介護度とご利用の居室によって決まります。

単位(円)

サービス内容略称		摘要	単位(円)
〈従来型個室〉 又は 〈多床室〉	要介護1	1日につき	589
	要介護2	1日につき	659
	要介護3	1日につき	732
	要介護4	1日につき	802
	要介護5	1日につき	871

② 体制加算・・・当施設の職員体制や業務体制により、下記の加算が算定されます。

サービス内容略称	摘要	単位(円)	備考
日常生活継続支援加算	1日につき	36	要介護度の高い入所者が一定割合を超えている、介護福祉士を一定割合を超えている
看護体制加算(Ⅰ)	1日につき	4	常勤の看護師の配置し、基準を上回る看護職員を配置している
看護体制加算(Ⅱ)	1日につき	8	
個別機能訓練加算Ⅰ	1日につき	12	専属の機能訓練指導員(看護師及び理学療法士)がおり、個別機能訓練計画を作成し、計画的に訓練を行っている
個別機能訓練加算Ⅱ	1月につき	20	
個別機能訓練加算Ⅲ	1月につき	20	栄養ケアマネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算Ⅱの算定をふまえ、個別機能訓練実施のために口腔の健康状態や栄養状態に関する情報共有を行い、必要に応じて見直しを行っている
栄養マネジメント強化加算	1日につき	11	栄養ケアマネジメントを実施している
口腔衛生管理加算Ⅱ	1月につき	110	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上行い、口腔ケアについて介護職員に対し助言及び指導を行っている。口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出している
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月につき	50	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症、疾病の状況、その他、入所者の心身の状況等に係る基本的な情報をデータ化し、厚生労働省に提出している

③ 個別対応加算・・・状況または希望に応じて対応します。

サービス内容略称	摘要	単位(円)	備考
経口移行加算	1日につき	28	経管栄養を実施している入所者が経口摂取に移行するための栄養管理を実施した場合
経口維持加算Ⅰ	1月につき (6ヶ月まで)	400	摂食機能障害で誤嚥が認められる入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき会議を行い、計画して栄養管理を行った場合(6ヶ月まで)
経口維持加算Ⅱ	1月につき	100	上記、摂食障害がある方の継続的経口摂取を維持するための栄養管理を医師又は歯科医師等と実施した場合(6ヶ月以上算定可)
看取り介護加算	医師が医学的知見に基づき、ターミナルを診断した入所者について、本人、家族との合意のもと看取り介護を行った場合		
看取り介護加算(1)	1日につき	72	死亡日以前31日以上45日以下
看取り介護加算(2)	1日につき	144	死亡日以前4日以上30日以下
看取り介護加算(3)	1日につき	680	死亡日の前日・及び前々日
看取り介護加算(4)	1日につき	1,280	死亡日
外泊時費用	1日につき	246	入院や外泊をされた場合(6日間/2ヶ月に限り算定)
福祉施設初期加算	1日につき	30	初期加算(入所日から30日以内の期間。30日以上入院後の再入所も同様)
安全対策体制加算	入所時1回	20	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている

④ 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算Ⅲ	(① + ② + ③) × 13.6% (1円未満四捨五入)
-------------	----------------------------------

⑤ 居住費

食費及び居住費については、保険者の発行する介護保険特定負担限度額認定証により、費用は決定します。

		R8.8月～		
サービス内容略称		単位(円)	単位(円)	該当欄
従来型個室	利用者負担 第1段階	380	380	
	利用者負担 第2段階	480	480	
	利用者負担 第3段階①	880	880	
	利用者負担 第3段階②	880	980	
	上記以外の方	1,231	1,231	
多床室	利用者負担 第1段階	0	0	
	利用者負担 第2段階	430	430	
	利用者負担 第3段階①	430	430	
	利用者負担 第3段階②	430	530	
	上記以外の方	915	915	

⑥ 食費…摂られた食事分のみ徴収させていただきます。

R8.8月～			R8.8月～			
食費内訳	単位(円)	単位(円)	サービス内容略称		単位(円)	単位(円) 該当欄
朝食	445	465	福祉施設食費	利用者負担 第1段階	300	300
昼食	500	550	福祉施設食費	利用者負担 第2段階	390	390
夕食	500	530	福祉施設食費	利用者負担 第3段階①	650	680
一日	1,445	1,545	福祉施設食費	利用者負担 第3段階②	1,360	1,420
			福祉施設食費	上記以外の方	1,445	1,545

・摂られた食事分の食費と負担額で、少額の方を負担して頂きます。

(例) 第4段階の方で朝食と昼食を摂られた場合…945円(朝食445円+昼食500円)の負担となります。

R8.8月～、第4段階の方で朝食と昼食を摂られた場合…1,015円(朝食465円+昼食550円)の負担となります。

R8.8月～		
・胃ろうの方		
食費	単位(円)	単位(円)
AM	722	772
PM	723	773

$$\underline{\text{施設利用料金} = \text{①} + \text{②} + \text{③} + \text{④} + \text{⑤} + \text{⑥}}$$

又は、介護保険負担割合が2割の方

$$\underline{\text{施設利用料金} = (\text{①} + \text{②} + \text{③} + \text{④}) \times 2 + \text{⑤} + \text{⑥}}$$

*3割負担となる方もあります。

※ 高額介護サービス費の手続きにより、一部負担金が還付されます。

※ 社会福祉法人等利用者負担軽減措置があります。

(2) その他の料金

①家電製品電気代

1品目1日あたり 50円

②特別食 《利用者本人の嗜好により特に通常以上の経費が必要な場合》

1食あたり 実費精算

③外注クリーニング代

実費精算

④介護タクシー料金

通院等の外出時には介護タクシーをご利用いただいております。

費用は実費です。

⑤散髪代 1回 1,500円

(3) 支払方法

お支払方法は、口座自動引き落としをお願いしています。

毎月25日に前月分の引き落としをさせていただきますので、残金の確認をお願いします。

引き落としの確認ができましたら領収証を発行します。

5. 入所の手続き

まずは、お電話等でご相談下さい。

所定の「申請書」がありますので、申請して下さい。

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。

6. 当施設のサービスの特徴等

- (1) 運営の方針 当施設は、要介護者の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、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を行います。

(2) 施設利用に当たっての留意事項

1. 介護老人福祉施設入所中は、職員の指示に従い、危険のないよう生活しましょう。
2. 一部リハビリ機器に関しては、医師の許可が必要です。
3. 生活施設ですので、毎日の日課に従って行動し、集団生活の規律を乱すことのないように心がけてください。

- | | | |
|------------|-------|---|
| ・面会 | | 事務室前の面会簿にお名前を記入し事務所に提出のうえ特養・スタッフルームに声をおかけください。ご案内いたします。食品の持ち込みは感染予防の為、生ものは極力ご遠慮下さい。 |
| ・外出、外泊 | | 事前にご連絡ください。 |
| ・飲酒、喫煙 | | 煙草は原則お預かりし、喫煙の時は介護員同行の上指定の場所をお願いします。
飲酒は事前にお申し出下さい。 |
| ・金銭、貴重品の管理 | | 当施設「預り金規程」の契約締結により、管理させていただきます。 |

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体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。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 協力医療機関

郷原診療所	呉市郷原町1820-1	TEL : 0823-77-1588
呉市医師会病院	呉市朝日町15-24	TEL : 0823-22-2321
ごうはら里見歯科	呉市郷原野路の里1-17-6	TEL : 0823-70-3060
なのはな歯科クリニック	安芸郡熊野町出来庭9-9-10	TEL : 080-4553-6482
守屋医院	呉市広駅前1-2-24	TEL : 0823-72-5660

9. 非常災害対策

当施設は、消防計画上の防災計画に基づき、年2回以上、避難・救出訓練を行います。

10. サービス内容に関する相談、苦情について

利用者及び家族からの相談、苦情等に対する窓口及び担当者

【事業者窓口】 特別養護老人ホーム郷原の里 苦情処理委員会 岩田 景子 木下 美果	所在地 呉市郷原町11882-12 電話番号 0823-77-1558 FAX番号 0823-77-1833 受付時間 午前9:00～午後5:30		
郷原の里 苦情解決委員会 第三者委員	元福祉施設事務長	荒谷 慶憲	0823-77-0722
	元主任児童委員	倉田 和子	0823-77-0628
【市町村窓口】 呉市介護保険課	所在地 呉市中央4丁目1-6 電話番号 0823-25-3136 FAX番号 0823-22-8529		
東広島市地域包括ケア推進課	所在地 東広島市西条栄町8-29 電話番号 082-420-0984 FAX番号 082-426-3117		
広島県国民健康保険団体連合会	所在地 広島市中区東白島町19番49号国保会館 電話番号 082-554-0783 FAX番号 082-511-9126		

・苦情についての対応

- (1) 苦情の申し立てがある場合、担当者が苦情の内容をお聞きし、対応させていただきます。
- (2) 検討を要する場合は苦情解決委員会を開催し、対応策や改善策を検討し、対応させていただきます。
- (3) 市町村、国保連を通して出された苦情についても、市町村、国保連の助言、指導をもとに、(2)項同様の対応をさせていただきます。

11. サービス利用時の事故対応

・利用時の事故発生に対する窓口及び担当者

所在地: 呉市郷原町11882-12 TEL: 0823-77-1558 FAX: 0823-77-1833
特別養護老人ホーム 郷原の里 木下 美果 (介護福祉士)
岩田 景子 (介護福祉士)

・事故発生時の対応

- (1) サービス提供期間中に事故が発生した時は、利用者様の状態、状況をご家族に速やかに報告、連絡致します。
- (2) 事故の状態を確認し、主治医、嘱託医の指示を仰ぎ対応していきます。
- (3) 緊急性が高いと判断される場合は、救急要請をさせていただきますことがあります。

12. 看取り対応に関して

・当施設では看護職員が夜間時、看護職員の不在時でも連絡体制を定めて、必要に応じ緊急の呼び出しに応じて出動対応する体制をとっております。また、人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容に沿って支援していきます。別紙のとおり「郷原の里 看取りに関する指針」を定め、ご利用様が重篤な状態となり、「看取り」の介護が必要になった際には医師から状態をお知らせし、指針の内容に基づいてご本人、ご家族の希望により施設内で終末期を過ごすことが可能です。

13. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 朋輝福祉会
代表者役職・氏名	理事長 池庄司正幸
事業所所在地・電話番号	呉市郷原町11882-12 0823-77-1558
施設・拠点等	特別養護老人ホーム 定員54名 短期入所生活介護 16名 通所介護 定員60名 訪問介護 ケアハウス 定員30名 呉市地域相談センター 居宅介護支援事業所

14. 重要事項の説明年月日

この重要事項の説明年月日	令和	年	月	日
--------------	----	---	---	---

特別養護老人ホームの入所にあたり、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。

事業所	所在地	呉市郷原町11882－12		
	法人名	社会福祉法人	朋輝福祉会	㊞
	代表者名	理事長	池庄司 正幸	
	事業所名	特別養護老人ホーム 郷原の里		
	代表者名	施設長	池庄司 佐和子	㊞
説明者氏名				

上記内容の説明を事業者から確かに受けました

利用者	住 所	
	氏 名	㊞

代理人 【身元引受人】	住 所	
	氏 名	㊞
	(続柄)	

※重要事項に対する同意は、介護保険の給付対象者である本人の行為であることが必要であると考えられます。このため、代理人については、本人にかわって、この契約行為を行い得る者である必要があります。(代理人は、法定代理人又は任意代理人であるかは問いませんが、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者であることが望ましいと考えられます。(たとえば、同居親族または近縁の親族など))