特別養護老人ホームなでしこの里

重　要　事　項　説　明　書

当事業所は、ご契約者に対して地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、次の通り説明します。

１．　事業者（法人）の概要

法人名	社会福祉法人　やまなみ会
法人所在地	熊本県阿蘇市黒川 431 番地
代表者氏名	理事長　　岩　本　浩　治
ＴＥＬ及びＦＡＸ	０９６７－３５－５３１１　/　０９６７－３５－５３３３
設立年月日	平成８年１月２２日
ホームページ	http://www.yamanami.or.jp

２．　事業所（利用施設）

種類	地域密着型介護老人福祉施設
目的	介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。
名称	特別養護老人ホーム　なでしこの里
管理者氏名	施設長　　澁　谷　　和　章
所在地	熊本県阿蘇郡産山村田尻　６１８番地２
主たる対象者	要介護認定の結果「要介護３以上」と認定された方 ただし、要介護１や要介護２であってもやむを得ない事情により特別養護老人ホーム以外での生活が困難な方
運営方針	快適で自立した生活が送れるよう、ご利用者の希望を取りいれながら理念に沿った支援を行う。 《理念》①笑顔を絶やさず支援します②尊敬を持って利用者に接します③安心と安らぎのある生活を支援します④健やかな生活と自立支援を支えます⑤プロの自覚をもって業務にあたります
ＴＥＬ及びＦＡＸ	０９６７－２５－３５１１　/　０９６７－２５－３５３３
電子メール	nadeshiko@yamanami.or.jp
指定年月日	平成２０年１０月１５日
介護保険事業所番号	熊本県指定第４３９２７０００６０号
入居定員	２９名

3.施設の概要

（1）構造

構造	鉄筋コンクリート造一部鉄骨造
床面積	１３７９．９２㎡

（2）居　室

居室の種類	ユニット数	1ユニット当たり	居室及び面積	備考
ユニット型	3ユニット	９～１０名	個室（14.14～15 ㎡）	ナースコール・収納棚

（3）主な設備等

種　　類	室数	備　　考
機能訓練室	2	食堂を兼ねています
共同生活室	3	各ユニットに1ヶ所
トイレ	１２	各ユニットに4ケ所
浴室・脱衣室	4	個浴6（内、機械浴（1）特別浴（1）小型介護個浴（2））
医務室	1	高圧滅菌器

4．施設の職員体制

職員の職種	人員	区分	職務内容
施設長	1	常勤専従	施設の責任者としてその管理を統括します
嘱託医師	1	非常勤	ご利用者の健康管理や療養上の指導を行います
生活相談員	1	常勤兼務	ご利用者の日常生活の相談・助言を行います
看護職員	2以上	常勤兼務	ご利用者の健康管理や療養上のお世話を行います
介護職員	１５以上	常勤専従	ご利用者の日常生活上のお世話を行います
機能訓練指導員	1	常勤兼務	ご利用者の日常生活における必要な機能訓練を行います
介護支援専門員	1	常勤兼務	ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します
栄　養　士	1	常勤兼務	ご利用者の健康管理を栄養面から行います
調　理　師	3	常勤兼務	ご利用者の食事の調理を行います

５．施設サービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
食　　事	栄養士が立てた献立により、栄養と利用者の身体の状況及び嗜好に配慮した食事を提供します。 （食事時間）朝食　８：００～ 昼食１２：００～ 夕食１７：３０～
入　　浴	週２回以上の入浴または清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴も可能です。
排　　泄	利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排池の自立についても適切な援助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の改善・維持及び減退防止につとめます。
健康管理	嘱託医師や看護職員が健康管理、栄養管理を行います。また、協力医療機関等を受診される場合は、その介添えについてできる限り配慮します。
レクレーション等	適宜利用者のための施設内レクレーション（クリスマス会・夏祭り等）及び野外レクレーションを行います。
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます。
その他 自立への支援	・寝たきり防止のため、ご利用者の身体状況を考慮しながら、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・清潔で快適な生活が送られるよう、適切な整容の援助を行います。

６．利用料金

（１）介護保険給付サービス利用料金

利用料は、厚生労働大臣が定める基準額に介護保険負担割合証に記載された負担割合（１割から３割）を乗じた額が自己負担となりますが、利用者負担額減免を受けられている場合は、減免額に応じた自己負担額となります。

また、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合がありますが、その場合は、厚生労働大臣が定める基準額の全額をお支払い頂くこととなります。利用料のお支払い後にサービス提供証明書と領収書を発行いたします。な

お、サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となります。

《特別養護老人ホーム利用自己負担料金》

		要介護度１	要介護度２	要介護度３	要介護度４	要介護度５
基本の利用料	１割の場合（1日当り）	６８２円	７５３円	８２８円	９０１円	９７１円
	２割の場合（1日当り）	１，３６４円	１，５０６円	１，６５６円	１，８０２円	１，９４２円
	３割の場合（1日当り）	２，０４６円	２，２５９円	２，４８４円	２，７０３円	２，９１３円
居室（１日当たり）		２，０６６円				
食費（１日当たり）		１，７００円				

※所得によって利用者負担の軽減制度があります。※オムツ代、洗濯代等の料金は含まれております。

《特別養護老人ホーム利用加算料金》

	自　己 負担額	加算及び算定の内容
初　期　加　算	30 円	入所後 30 日間に限り 1 日当りの加算料金です。
個別機能訓練加算	12 円	入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練をした場合の 1 日当りの加算料金です
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 円/月	外部のリハビリテーション専門職と連携して重度化防止を図る
夜勤職員配置加算Ⅱイ	46 円	夜勤を行う職員を 2 人以上配置している場合の加算です。
看護体制加算（I）イ	12 円	看護師 1 人以上を配置している場合の加算です。
看護体制加算（II）イ	23 円	看護師、看護職員 2 人以上配置している場合の加算です。
ｻｰﾋﾞｽ提供体制強化加算（Ⅲ）	6 円	介護職員総数のうち常勤職員の占める割合が 75%以上占める場合の加算です。
看取り介護加算（Ⅱ）	72 円 144 円 780 円 1,580 円	死亡日 45 日前～31 日前 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 死亡日以前 2 日または 3 日 死亡日
療養食加算	6 円	療養食の提供を受けた場合の加算です。
外泊時費用	246 円/日	病院等に入院した場合及び外泊をした場合の加算です。（月 6 日限度。 7 日目以降は全額負担）
安全対策体制加算	20 円	入所初日に限り算定します。
生産性向上体制加算 I	100 円	月 1 回算定
口腔機能衛生管理加算	90 円	歯科衛生士と介護職員が口腔衛生の管理を行い月 1 回算定

介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数に 17.2%乗じて算定

《その他の利用料金》

	料金及び内容の説明
電気代	テレビ等の電化製品持ち込み。　日額　100 円
理美容料金	利用者の希望により、出張による理美容サービスを受けることができます。但し実費自己負担となります。
日用生活品の購入代行	衣類・スリッパ・歯ブラシ等日用品の購入の代行をいたします。但し購入代金は実費自己負担となります。
医療機関への受診	医療機関への受診（医療費）については、医療保険適用のため実費自己負担となります。
金銭管理サービス	「利用者の希望により、別に定める預り金規程に基づき、預金通帳・印鑑等の保管サービスのほか、公共料金等の支払い代行等のサービスを行います。月額　２，０００円
個人の都合での外出・病院受診等	希望による外出や協力病院外の病院受診については下記のとおり自己負担となります。産山村内　1,000 円　阿蘇市・竹田市周辺　2,000 円　大津町周辺　3,000 円　熊本市周辺　5,000 円
その他の費用	サービス提供される便宜の中で、日常生活において通常必要となる費用で、その利用者に負担させることが適当であると認められる費用は、実費自己負担となります。

７．利用料金のお支払い方法

毎月 10 日以降に「７．利用料金」に記載の利用料金を基に算定した前月分利用料等を利用料明細の入った請求書により請求いたしますので、月末までに下記の方法にてお支払い下さい。お支払い頂いた後に領収書を発行いたします。

［お支払い方法］

（１）施設窓口での支払い

（２）下記指定口座への振込（手数料が必要です）

金融機関名：　熊本銀行　（　阿蘇支店　）
口座番号　：　２１１２６６２
口座名義　：　社会福祉法人　やまなみ会
　　なでしこの里
　　理事長　岩本浩治

（３）金融機関口座からの自動引き落とし（２０日が振替日となります。事務手数料３００円が必要です。

８.医療費・日常生活品購入費の支払い方法

定期や緊急で、外部の医療機関を利用された場合の医療費の支払いや必要な日用生活品の購入のために、「「支払い代行サービス」をご利用いただくことができます。詳しいサービス内容、ご利用方法は以下のとおりです。	
サービス内容	入居時に本人またはご家族から「医療費・日用生活品購入用預り金」を施設がお預かりし、その中から、医療費や必要な物品の購入およびその支払いを代行させていただきます。
支払いを代行させて	①医療機関を利用された場合の医療費

いただく費用の種類・内容	②施設での生活に必要な物品、または利用者ご本人が購入を希望された物品の代金
預り金の金額	入居時に２万円を施設窓口にてお預かりいたします。
預り金および出納記録管理について	お預り金については、施設事務室にて管理いたします。また当月の出納状況を、施設利用料請求書にて補てん分として記載し請求させていただきます。
預り金の返還について	ご利用者が施設を退所される際にお預り金の精算を致します。
その他	預り金の使途について、ご不明な点がございましたら、当施設担当までご連絡ください。

９．　利用者の入院期間中の取扱い

この施設は、病院または診療所に入院する必要が生じた利用者において、入院後おおむね３ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は、その利用者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再びこの施設の入所利用が円滑にできるようにするものとする。(特に入院中の部屋代に関しては入所時のままの料金とする)

10. 苦情の受付けについて

社会福祉法第８２条の規定により、本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する体制を整備しております。

本事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めております。

(1)　苦情解決責任者　　澁谷　和章　（施設長）

(2)　苦情受付担当者　　井　　美代子（副施設長）

(3) 第三者委員

千葉　康博（顧問弁護士）　　TEL　096‐288‐1842

大野　佳子（社会保険労務士）　TEL　096‐351‐9532

門川　頼俊（社会福祉経験者）　TEL　096‐388‐2606

11. 苦情解決の方法

（１）苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受付けます。なお、第三者委員に面接苦情を申し出ることもできます。又、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（２）苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、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、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。

なお、第三者委員の立ち会いによる話し合いは、次により行います。

ア．第三者委員による苦情内容の確認

イ．第三者委員による解決案の調整、助言

ウ．話し合いの解決や改善事項等の確認

（４）都道府県「運営適正化委員会」の紹介

産山村役場 健康福祉課	所在地　熊本県阿蘇郡産山村山鹿　４８８番地３ Tel/Fax　(0967)25-2211 受付時間　8:30～17:00
国民健康保険 団体連合会	所在地　熊本県熊本市健軍２丁目４番１０号 Tel/Fax　(096)365-0329 / (096)365-4188 受付時間　9:00～17:00
熊本県社会福祉協議会	所在地　熊本県熊本市南千反畑町３番７号 Tel/Fax　(096)322-8440 受付時間　9:00～17:00

12. 非常災害時の対策

非常時の対応・対策	・当施設の消防計画を基に対応を行います。 ・関係機関への通報体制、定期的に職員に周知を行います。
避難訓練及び防災設備	当施設は、年２回昼間及び夜間を想定した非難訓練を、 利用者の方も参加して行います。 （主要防火設備） ・スプリンクラー及び防火扉・シャッター ・避難階段及び誘導灯 ・屋内外消火栓及び消火器 ・自動火災報知機及びガス漏れ警報器
消防計画等	（届出日）　令和１年６月１７日 （防火管理者）　西田　龍世

13. 配置医師及び協力医療機関

嘱 託 医 師	病院名	阿蘇ハートクリニック
	医師名	後藤　昌希
	所在地	熊本県阿蘇市小里２４９－２
	連絡先	０９６７－２４－６２６２
協力医療機関	病院名	阿蘇医療センター
	所在地	熊本県阿蘇市黒川１２６６
	連絡先	０９６７－３４－０３１１
	病院名	阿蘇ハートクリニック
	所在地	熊本県阿蘇市小里２４９－２
	連絡先	０９６７－２４－６２６２
	病院名	阿蘇やまなみ病院
	所在地	熊本県阿蘇市一の宮町宮地 115-1
	連絡先	０９６７－２２－０５２５
協力歯科医院	病院名	阿蘇きずな歯科医院
	所在地	熊本県阿蘇市一の宮町宮地１９８３番地４
	連絡先	０９６７－２２－４６７７

14. 施設利用にあたっての留意事項

外出・外泊	外出・外泊の際には必ず職員に申出て頂き、外出・外泊許可願いの提出をお願いします。
面　　会	面会時間：１０：００～１２：００　１４：００～１６：００ 面会は、事前予約制です。面会簿に必要事項の記入をお願いします。
宗教・政治活動	施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。
喫　　煙	決められた場所以外での喫煙は、ご遠慮下さい。
迷惑行為等	他の利用者に対する迷惑な一行為は御遠慮下さい。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理して下さい。

15. 緊急時の対応

利用者に容体の急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族等（緊急連絡先）の方にご連絡いたします。

緊急連絡先 ①	氏名（続柄）	（　　）
	住　　所	
	連 絡 先	
緊急連絡先 ②	氏名（続柄）	（　　）
	住　　所	
	連 絡 先	

16. 事故発生時・事故防止及び再発防止の対応

（１）この施設は、事故発生時の対応等の指針を整備し、利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスの提供を行います。なお、サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

（２）当施設の責に帰すべき事由によって、利用者が被害を被った場合、当施設は利用者に対して損害を賠償するものとします。

（３）利用者の責に帰すべき事由によって、当施設が損害を被った場合、利用者及び扶養者は連帯して当施設に対して、その損害を賠償するものとします。

（４）この施設は、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとします。

（５）この施設は、事故の再発を防止するため、事故発生の報告、分析、改善策を職員へ周知徹底し体制を整備するものとします。

当施設は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて特別養護老人ホームのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和　　年　　月　　日

事業者　　住　　所　　熊本県阿蘇市黒川４３１番地
法人名　　社会福祉法人　やまなみ会
代表者名　　理事長　　岩　本　　浩　治　　印

説明者　　職　　名
氏　　名　　印

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、特別養護老人ホームのサービス内容及び重要事項の説明を受け同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住　　所
氏　　名　　印

代理人（選任した場合）　住　　所

氏　　名　　印

身元（連帯）保証人　　住　　所

氏　　名　　印

個人情報保護の利用目的

特別養護老人ホームなでしこの里では、ご契約者の尊厳を守り安全管理に配慮する個人情報保護方針の下、ここに利用目的を特定します。あらかじめご契約者の同意を得ないで、必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

【ご契約者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

１．なでしこの里内部での利用目的

１）当事業所がご契約者等に提供する介護サービス

２）介護保険事務

３）介護サービスの利用に係る当事業所の管理運営業務のうち次のもの

①　会計、経理

②　事故等の報告

③　当該ご契約者の介護・医療サービスの向上

２．他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

１）当施設がご利用者等に提供する介護サービスのうち

①　利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答

②　その他の業務委託

③　ご契約者の診療等にあたり、外部の医師の意見、助言を求める場合

④　家族等への心身の状況説明

２）介護保険事務のうち

①　保健事務の委託(一部委託を含む)

②　審査支払い機関へのレセプト提出

③　審査支払い機関または保険者からの照会への回答

３）損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

１．当事業所内部での利用に係る利用目的

１）当事業所の管理運営業務のうち次のもの

①　介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料

②　当施設等において行われる学生等の実習への協力

③　当施設において行われる事例研究

２．他の事業者等への情報提供に係る利用目的

１）当事業所の管理運営業務のうち

①　外部監査機関への情報提供

尚、上記１、２の利用についても利用者のご意思に反する場合は、そのお申し出さえあれば、利用することはありません。その場合も、従来と変わらず適切な介護サービスを受けられることは変わりありません。

【利用範囲】

１．介護保険法で義務として明記されているもの

１）サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等

２）居宅介護支援事業者等との連携

３）ご契約者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知

４）ご契約者に病状の急変が生じた場合等の主治医への連絡等

２．行政機関等への対応として義務づけられているもの

１）市町村による文書等提出の要求への対応

２）厚生労働大臣又は都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応

３）都道府県知事による立入検査等への対応

４）市町村が行うご契約者からの苦情に関する調査への協力等

５）事故発生時の市町村への連絡

個 人 情 報 使 用 同 意 書

私（利用者及びその後見人もしくは家族または身元（連帯）保証人）の個人情報については、次に記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１．使用する目的

利用者の適切な介護サービス提供が施されるため、または円滑なサービスの提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や、主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報の共有が必要と判断される場合。

２．使用する期間

令和　　年　　月　　日～前項の必要性がなくなるまで

３．条件

（１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（２）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人　やまなみ会
理事長　　岩　本　　浩　治　　様

利用者　　住　　所

氏　　名　　印

代理人（選任した場合）　　住　　所

氏　　名　　印

身元（連帯）保証人　　住　　所

氏　　名　　印