

地域密着型特別養護老人ホーム つれづれの郷－北斗

重要事項説明書

施設サービス提供開始にあたり、厚生省令第 39 号 4 条に基づいて、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

- (1) 名 称 社会福祉法人 上磯康啓会
- (2) 種 別 社会福祉法人
(社会福祉事業法により北海道知事より認可を受けた法人)
- (3) 所在地 北海道北斗市追分 7 丁目 11 番 21 号
- (4) 代表者 理事長 小松 康之
- (5) 併設事業
 - ・ 特別養護老人ホームつれづれの郷
 - ・ ショートステイ つれづれの郷（短期入所生活介護）
 - ・ ショートステイ つれづれの郷（介護予防短期入所生活介護）
 - ・ デイサービス つれづれ（通所介護）
 - ・ デイサービス つれづれ（通所型サービス A）
 - ・ 指定居宅介護支援事業所 つれづれ

2. 施設名称等

- (1) 名 称 地域密着型特別養護老人ホームつれづれの郷-北斗
- (2) 種 別 地域密着型介護老人福祉施設
- (3) 所在地 北海道北斗市追分 7 丁目 11 番 21 号
- (4) 管理者 施設長 清水 修一
- (5) 電 話 0138 (48) 1777
F A X 0138 (49) 7337
E-MAIL k-turedure1@wing.ocn.ne.jp
ホームページ <http://turedurenosato.sakura.ne.jp>

3. 事業の目的と運営方針

- (1) 施設は、一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居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配慮しながら、各ユニットにおいて、相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援します。
- (2) 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村又は居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス、福祉サービスを提供する者

との密接な連携努めます。

(3) 施設は、要介護状態にある高齢者に対し、適正な施設サービスを提供する事を目的とします。

4.施設の概要

(1) 施設の構造

敷 地		11, 977.00 m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート (RC) 造り 2 階建
	建築面積	1,250.12 m ²
	利用定員	28 名

(2) 居室等

室種類	室 数	面 積
居室	28	15.15～17.92 m ²
食堂・機能訓練室	3	112.76 m ²
一般浴室	2	10.57 m ²
トイレ	13	4.22 m ²

(3) 主な設備

室種類	室 数	面 積
機械浴室	1	21.38 m ²
静養室	1	17.03 m ²
医務室	1	22.13 m ²

(4) その他

建築物には、火災探知機、火災報知器、非常用放送設備、スプリンクラー、消火栓、消火器、防火扉、非常口、避難誘導灯、スプリンクラーポンプ用自家発電装置、ガス漏れ探知機が設備されています。

5.サービス内容

(1) 食事

当施設では、栄養士の作成する献立表により、栄養並びに身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。日々の調理は、外部事業者へ委託しています。

(食事時間)

朝食	昼食	おやつ	夕食
7:30 から	12:00 から	15:00 から	17:30 から

※食事時間や食事内容は、状況によって変更することができます。

※食べられないものやアレルギーがある方は、事前にご相談に応じます。

※希望により居室での食事も可能です。(医療面、介護上で許可できない場合があります。)

(2) 入浴

入浴は、原則として週 2 回としますが、可能な限り状況に応じて実施します。また、お客様の健康状態などにより、特別浴または清拭となる場合があります。

(3) 排泄

状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に排泄の自立について適切な援助を行います。

(4) 健康管理

①. 嘱託医による回診を行い、健康管理に努めます。

嘱託医師 函館稜北病院 副院長 川口篤也先生（総合診療医）

②. 当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合は、他の医療機関へ受診をお願いします。

③. 医療ケアが中心となる状態の方は医療機関等へ移動をお願いします。

④. 終末期看取り介護をすることができます。

⑤. 個別に必要な特殊な医療衛生材料については、自己負担となります。

⑥. 毎年健康診断を実施しますが、状況によっては医療機関に受診してもらうことがあります。

また、新規でご利用の場合は入居前に健康診断をお願いします。

⑦. インフルエンザ予防接種、肺炎球菌予防接種は希望により行います。その際の費用は実費負担となります。

⑧. 認知症や運動機能障害など自分で内服できない場合、医師の指示の基に職員が対応します。

⑨. 薬の管理・配薬は看護師が行います。

(5) その他

①. 施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活全般にわたり援助します。

②. 食事のキャンセルについては、以下の時間までをお願いいたします。

朝食	昼食	おやつ	夕食
前日 18:00 まで	当日 7:00 まで	当日 11:00 まで	当日 12:00 まで

6.職員体制と勤務時間

(1) 勤務体制

従業員の職種	員数	常 勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
施設長	1		1		
生活相談員	2		2		
介護職員	12	10		2	
看護師	6		5		1
介護支援専門員	1		1		
医師(嘱託)	1				1

管理栄養士	1		1		
機能訓練指導員	1		1		
事務員等	4		4		

※職員数は変更されることがあります。

(2) 勤務時間

	日勤	早出	遅出	夜勤
介護職員	8:30～17:30	7:00～16:00	11:00～21:00	20:45～翌 7:15
看護職員	8:30～17:30		9:00～18:00	(待機看護体制有)
その他の職員	8:30～17:30			

※上記の勤務時間の他、緊急な場合やその他必要に応じて勤務時間前又は勤務時間後での対応をします。

7.施設サービスの概要

(1) 介護保険給付によるサービス

令和 6 年 4 月から

算定項目及び金額	算定に伴う要件について
要介護 1 682 単位／日	介護度別サービス利用料金。
要介護 2 753 単位／日	
要介護 3 828 単位／日	
要介護 4 901 単位／日	
要介護 5 971 単位／日	
初期加算 30 単位／日 (30 日に限り)	入所又は 30 日を越える入院後、再入所した場合に算定する。
安全対策体制加算 20 単位／入所時に 1 回	外部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。
日常生活継続加算Ⅱ 46 単位／日	要介護度の高い方及び認知症の方が一定以上おり、介護福祉士資格を有する職員が一定以上配置している。
看護体制加算(Ⅱ) 23 単位／日	看護職員を基準より多く配置しており、施設が医療機関及び看護職員との 24 時間の連絡体制を確保している。
夜勤職員配置加算(Ⅱ) 46 単位／日	ユニット型施設で夜勤を行う介護職員または介護職員の数が基準より多く配置している。
個別機能訓練加算 12 単位／日	機能訓練指導員、看護職員等が共同して、個別機能訓練を計画的に実施している。
若年性認知症入所者受入加算 120 単位／日	若年性認知症の方に個別の担当者を定め、特性やニーズに応じたサービス提供を実施している。
施設外泊時費用 246 単位／日 (1 月につき 6 日分まで)	入院又は外泊をした日(初日及び最終日は含まない)は、この加算及び居住費のみを算定する。

科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40 単位／月	入所者ごとの心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省にデータ提出していること。
経口維持加算 400 単位／月	医師の指示に基づき、医師をはじめ職種が共同して、著しい摂食機能障害を持つ方へ、継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合。（造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められること）
口腔衛生管理加算Ⅰ 90 単位／月	歯科衛生士による口腔ケアに関わる技術的助言及び指導が月 2 回以上行われ、入所者毎に「口腔衛生等管理計画」が作成されており、必要に応じて入所者の口腔に関する相談等に対応している。
療養食加算 6 単位／回	医師の指示箋(食事箋)に基づいて療養食を提供した場合。療養食の種類・・・糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、高脂血症食、痛風食及び特別な検査食。
配置医師緊急時対応加算 通常の勤務時間外の場合 325 単位／回 （早朝・夜間及び深夜を除く） 早朝・夜間の場合 650 単位／回 深夜の場合 1,300 単位／回	配置医師が施設の求めに応じ、勤務時間外に施設を訪問して入所者に診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定する。
特別通院送迎加算 594 単位／月	透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1 月に 12 回以上、通院のための送迎を行った場合。
協力医療機関連携加算 右記要件を満たす場合 50 単位／月 それ以外の場合 5 単位／月	(1)入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護師が相談対応を行う体制を常時確保している。(2)高齢者施設等からの診療の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している。(3)入所者等の病状が急変した場合等に、入院を要すると認めた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している。
退所時情報提供加算 250 単位／回	入所者等が医療機関へ退所する場合、入所者等の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する。
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) 10 単位／月	感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ） 5 単位／月	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。
看取り介護加算（Ⅱ） 死亡日の 45 日～31 日前 72 単位／日 死亡日の 30 日～4 日前 144 単位／日 死亡日の前日・前々日 680 単位／日 死亡日 1,580 単位／日 (死亡日から遡った請求となる)	医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断された者。医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者により共同で作成した計画について、内容の説明を受け同意した者。看取りに関する指針に基づき実施される介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者。医師と施設の間で入所者に関する情報共有と連絡方法等について具体的に取り決めていること。複数名の医師の配置又は協力病院の医師との連携により、24 時間対応できる体制が確保できていること。
排泄支援加算（Ⅰ） 10 円／月	排泄支援に関する評価を厚生労働省にデータ提出し、定期的な評価と支援計画の見直しを行う。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3 円／月 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) 13 円／月	褥瘡発生リスクを評価し、リスクがある者に対して、医師、看護師、管理栄養士、介護士、介護支援専門員その他の職種が共同して褥瘡ケア計画を作成し三月に一回、計画の見直しを行い厚労省へデータ提出をしていること。(Ⅰ) リスク対象者について褥瘡の発生がない場合は(Ⅱ)を算定する。※併算不可
認知症行動・心理症状緊急対応加算 入所日から 7 日限度 200 円／1 日	医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり緊急に入所することが適当と判断した者に指定介護福祉施設サービスを行った場合。
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) サービス費の合計×14.0%	介護職員の処遇改善のための加算。

(2) 「居住費」及び「食費」(1 日あたり)

所得の段階	居住費	食費
1 段階	880 円	300 円
2 段階	880 円	390 円
3 段階①	1,370 円	650 円
3 段階②	1,370 円	1,360 円
4 段階	2,066 円	1,445 円

※所得段階決定については市町村福祉課におたずね下さい。

(3) 「社会福祉法人による利用者負担軽減制度事業」について

社会福祉法人が提供する施設サービスを利用する場合に、利用者負担額が軽減される場合があります。軽減の対象者は、市民税世帯非課税であって、下記の要件の全てを満たす方で収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に勘案し、生計が困難であると市長が認めた方、及び生活保護受給者とします。

①年間収入が単身世帯で 150 万以下、世帯員が 1 名増える毎に 50 万円を加算した額以下。

②預貯金等の額が単身世帯で 350 万、世帯員が 1 名増える毎に 100 万円を加算した額以下。

③日常生活のための必要な資産以外に利用できる資産がない。

④負担能力のある親族等に扶養されていない。

⑤介護保険料を滞納していない。

☆軽減率～介護サービス費 1 割負担額、居住費、食費の 1/4（自己負担 3/4）

※市民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給している方は 1/2（自己負担 1/2）

※生活保護受給者については自己負担の全額。

8.介護保険給付外サービスの内容及び取り扱い

（１）理髪、美容

委託業者により実施されます。予定や料金につきましては、変更がすることがあります。

顔そりのみ	1,200 円
カットのみ	1,600 円
カット・顔そり	2,000 円
パーマ(カット・顔そり)	5,000 円
毛染め(カット・顔そり)	5,000 円

（２）日常生活品の購入代行

特別な場合を除いて日常生活品の購入代行は致しません。また、代行にともなう交通費等実費をいただくことがあります。

（３）貴重品等の委任預かりについて

以下の物については、委任があれば預かることが出来ます。ただし、通帳、年金証書、限度を超える現金は委任があっても預かりません。

①印鑑

②健康保険証

③介護サービスに係わる各種保険証

④金銭

・管理限度額 現金でのお預かりは原則として 1 万円までとします。

・出納方法 預かり金管理規定によって行います。

（４）私物洗濯

日常の衣類は洗濯いたします。専門業者希望によるクリーニングを希望の場合は取次ぎます。費用は実費負担となります。

（５）移送について

希望による通院や個別外出の移送は原則としてご家族にお願いします。必要があれば介護タクシー等をご利用ください。

(6) 居室の明渡しに定める料金

契約終了日から 7 日を過ぎても居室を明け渡さない場合には、以下の料金がかかります。

お客様の要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
サービス料金(1 日)	6,630 円	7,330 円	8,070 円	8,770 円	9,470 円
居室代 (1 日)	2,006 円	2,006 円	2,006 円	2,006 円	2,006 円
合計 (1 日)	8,636 円	9,336 円	10,076 円	10,776 円	11,476 円

(7) 宿泊について

家族又は外来の方が宿泊される場合の手続きや料金等は、別紙に定める通りとします。

宿泊最終日に規定による宿泊費等を事務所窓口で支払ってください。

9.利用料金のお支払い方法

(1) 前記 7 の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、翌月 10 日までに当該月分の利用料等の請求書を送付します。請求書には、利用した各種サービスについて、その利用回数、介護保険給付適用の有無、法定代理受領サービスの有無等を明示します。

(2) 料金のお支払いは翌月 15 日を期限として、指定の郵便局口座より自動払込とします。(窓口での現金の支払いはできません。)

自動払込が確認された後、サービス料金の自己負担費用領収書を送付します。

(3) 介護サービス以外の個人が支払うべき費用は、預かり金規定に基づき支出し、その領収書を送付します。

10.緊急時・事故発生時の対応方法

利用者に容態の変化や事故が発生した場合は、嘱託医に連絡するなど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。(別紙 1)

11.虐待防止について

施設は、入所者等の人権擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長	清水	修一
-------------	-----	----	----

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12.医療の提供について

次の協力医療機関に協力と連携しています。但し、医療機関での優先的な治療・入院を保障するものではありません。また義務づけるものでもありません。

医療機関名	所在地	診療科目
小松内科循環器科医院	北斗市七重浜 5 丁目 15 番 15 号	内科・循環器科
函館稜北病院	函館市中道 2 丁目 51 番 1 号	内科・総合診療科

市立函館病院	函館市港町 1 丁目 10 番 1 号	総合
共愛会病院	函館市中島町 7 番 21 号	総合
函館中央病院	函館市本町 33 番 2 号	総合
函館新都市病院	函館市石川町 331 番地 1	脳神経外科
えんどう歯科医院	北斗市七重浜 4 丁目 36 番 8 号	歯科

13.お客様相談受付窓口の設置

お客様からの要望、苦情に対し、別紙に定めるとおり迅速に対応します。(別紙 1)

(1) お客様相談受付窓口

担 当 者 相談員 賢持 翼、平野 智子
 解決責任者 施設長 清水 修一
 苦情解決第三者委員 石崎 幸男、近藤 弘子
 連 絡 先 〒049-0101 北海道北斗市追分 7 丁目 11 番 21 号
 社会福祉法人 上磯康啓会
 特別養護老人ホーム つれづれの郷
 TEL 0138(48)1777 / FAX 0138(49)7337
 E-MAIL k-turedure1@wing.ocn.ne.jp
 HP http://turedurenosato.sakura.ne.jp

(2) 市町村苦情申立機関

機 関 名 北斗市民生部保健福祉課
 連 絡 先 〒049-0162 北斗市中央 1 丁目 3 番 10 号
 TEL 0138(73)3111

(3) 国民健康保険団体連合会苦情申立機関

機 関 名 北海道国民健康保険団体連合会
 連 絡 先 〒060-0062 北海道札幌市中央区南 2 条西 14 丁目
 TEL 011(231)5161 / FAX 011(233)2178

14.防災対策

別に定める防災マニュアルに従い、安全な生活に万全を期します。

15.当施設ご利用に際してご留意いただく事項

(1) 面会について

面会される方は事務室にて、面会票に記入をお願いします。面会の時間は、午前 10 : 00 から午後 6 : 00 までです。緊急時や特別な場合は正面玄関のインターホンを利用下さい。

(2) 外出、外泊について

個別外出、外泊の際は、行き先、帰りの日時等必要事項を前もって届出ください。施設はこの間に発生する事故等の賠償責任を負いません。

(3) 施設備品、器具類のご利用について

施設内設備や備品、機能訓練等に使用する器具類等は、職員許可を得てからご利用ください。

【R7.9.1 改訂】

利用中の破損等が生じた場合賠償責任が生じます。また、傷害が生じた場合は自己責任とします。

(4) 喫煙、飲酒について

喫煙並びに飲酒は、全館禁止です。

(5) 迷惑行為等について

騒音等、他の方に迷惑となる行為はご遠慮ください。また、むやみに他の居室等へ立ち入らないようにお願いします。

(6) 現金等の管理について

規程による預かり金以外の個人所持金や貴重品等の紛失責任は負いかねます。

(7) 施設管理区域への出入について

機械室、調理室、洗濯室等の管理区域への出入は禁止です。

(8) 所持品の管理

発火や危険性のある物品の持込は厳禁です。また、紛失等防止のため、持ち物には必ず名前を記入ください。

(9) 宗教活動・政治活動

施設内で宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

(10) 食品等の持ち込み

生もの等腐敗しやすい食品は持ち込めません。また、疾病等により制限のある方は必ず職員の指示を厳守ください。

(11) 施設運営管理や介護の都合上、居室移動をすることがあります。

(12) 選挙について

施設で不在者投票を行うことが出来ます。外部で投票される場合はご家族の対応となります。

16.個人情報取り扱いについて

(1) 個人情報取扱規程に従い、お客様又はご家族の同意をいただきます。

(2) 施設での生活記録等は本人または家族に提供することが出来ます。場合によっては委任状が必要です。費用として書面1枚につき 20 円の複写料をいただきます。

17.重要事項説明書に定めのない事項について

本書面に定めのない事項は、介護保険法令やその他の法令を尊重し、お客様と事業者が協議し、誠意を持って解決することとします。

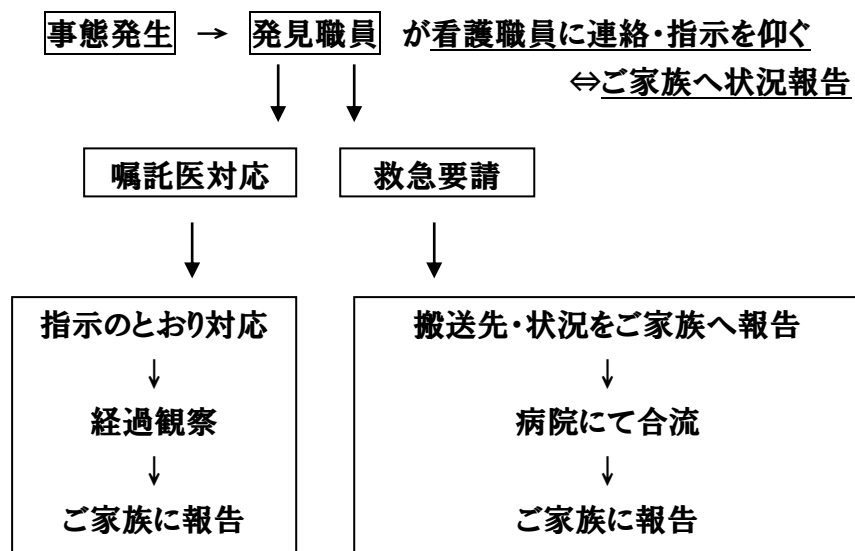
18.重要事項説明の確認について

お客様が本書内容を説明受けた旨の確認書を施設に提出するものとします。

19.福祉サービス第三者評価実施状況

(1) 実施の有無	有 ・ <u>無</u> (実施年月日: 年 月 日)
(2) 評価機関の名称	
(3) 結果の開示状況	

(別紙 1)

つれづれの郷緊急対応フローチャート ～日中夜間事故・急変等における緊急時対応～**苦情解決の仕組み****①苦情受付**

苦情は、面接、電話等により随時受け付けております。
 なお、第三者委員に直接申し出ることもできます。

②苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と苦情解決委員に報告致します。
 苦情解決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、苦情解決委員の助言や立ち会いを求めることができます。
 なお、苦情解決委員の立ち会いによる話し合いは、以下のように行います。

- 1) 苦情解決委員による苦情内容の確認
- 2) 苦情解決委員による解決案の調整、助言
- 3) 話し合いの結果や改善事項等の確認

苦情解決委員が直接苦情を受け、苦情申出人が苦情解決責任者との話し合いを希望しない場合、苦情解決委員が間に入り、解決に向けた調整を行います。

地域密着型特別養護老人ホームつれづれの郷－北斗

【重要事項説明確認書】

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉サービス事業契約の締結にあたり、別紙にて、重要事項を説明いたしました。

(事業者)

所在地 北斗市追分 7 丁目 11 番 21 号
事業者名 地域密着型特別養護老人ホームつれづれの郷－北斗
代表者名 施設長 清水 修一

説明者 _____ (印)

指定地域密着型介護老人福祉サービス事業契約の締結にあたり、別紙にて、重要事項の説明を受けました。

(お客様)

ご住所 _____

ご氏名 _____ (本人・代筆) (印)

(家族又は代理人)

ご住所 _____

ご氏名 _____ 続柄 () (印)