

地域密着型特別養護老人ホームぬくもり園 重要事項説明書



社会福祉法人
須坂市社会福祉協議会



【令和7年1月1日更新】

法人の概要

- (1) 名称 社会福祉法人須坂市社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 須坂市大字須坂476-1
- (3) 代表者 会長 豊田 清寧
- (4) 設立年月 昭和26年6月
- (5) 連絡先 026-245-1619 (代表)
www.suzaka-shakyo.jp (ホームページアドレス)
cocoro@suzaka-shakyo.jp (Eメールアドレス)

提供するサービスの概要

1. 施設の種類

指定地域密着型介護老人福祉施設（ユニット型）

平成26年5月1日指定 須坂市2090700051号

指定有効期限 令和8年4月30日

2. 事業の目的

特別養護老人ホームユニットケア施設において、介護保険法及び関係法令に基づき、その専門性を生かし、ご利用者一人一人の意志及び人格を尊重し、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の生活が連続したものになるよう配慮しながら、各ユニットにおいて利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう介護サービスを提供することを目的とする。

3. サービス内容

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き7割～9割が介護保険から給付されます。

①施設サービス計画の決定・変更・実施

②居室の提供

③食事の管理

- ・管理栄養士の立てる献立表により、ご利用者の年齢、心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事を管理します。

- ・管理栄養士は、医師、看護職員、介護支援専門員、その他の職種の者と共同して、ご利用者の摂食機能を考慮した栄養マネジメントを行います。

- ・ご利用者の自立支援のため、原則として離床して食堂で食事を摂っていただきます。

朝食 7:30 ～ 9:30

昼食 12:00 ～ 13:30

夕食 17:30 ～ 19:30

④入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。

- ・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。

⑤排泄

- ・排泄の自律を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。
- ・排泄に関する消耗品(オムツやパット等)は介護保険サービスの中でご用意いたします。

⑥個別機能訓練

- ・機能訓練指導員を中心に介護・看護職員より、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑦健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑧その他自律への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

4. 事業所の名称及び所在地・管理者・連絡先・実地地域

事業所の名称	所在地	管理者	電話番号	FAX
地域密着型特別養護老人ホーム ぬくもり園	須坂市大字野辺 1335-1	小松 正典	242-5323	248-8776

実施地域 須坂市

5. サービス提供方針

- ◆ 「ご利用者の幸せ」をモットーに、基本的人権の尊重及び多様な価値観の認識に努め、質の高い生活の場を提供する。利用者の心身の状況を的確に把握し、その有する能力に応じ自律した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消並びに心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るよう必要な援助を行うものとします。
- ◆ サービスの提供にあたっては、須坂市地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び関係者と密接な連携を図り、利用者の日常生活の継続並びに介護者の負担軽減に配慮するものとします。

6. 設備等の概要

入居定員 29名

開設年月日

平成 26 年 5 月 1 日

居室・設備の種類	室数	備考
個室	29室	1室 13.01㎡ エアコン、洋式トイレ、洗面台、 低床3モーターベッド、
共同生活室(リビング)	3室	各ユニット 118.04㎡
共同トイレ	3室	各ユニット計3箇所
浴室	4室	個人浴槽(各ユニット)、特殊浴槽(短期入所と兼用)
医務室 調理室	各1室	併設短期入所施設と兼用

○上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施

設・設備です。

○ご契約者及びご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

7. 職員の体制

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配 置 数	区 分				備 考
		常 勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管 理 者	1	1				
医 師	1			1		非常勤
介護職員	34	17	2	15		13以上
生活相談員	2	2				
看護職員	4	2			2	機能訓練指導員と兼務
機能訓練指導員	2				2	看護職員と兼務
介護支援専門員	2		2			
管理栄養士	1	1				
調 理 員	7			7		
事 務 員	1				1	法人事務と兼務
宿直員	3			3		

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 時 間	
1. 管理者 (施設長) 生活相談員 介護支援専門員 栄養管理職員	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	
2. 医師 (内 科) (歯 科)	毎週火曜日 不定期	1 3 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0
3. 介 護 職 員	早番勤務 遅番勤務 夜 勤	7 : 0 0 ~ 1 5 : 4 5 1 3 : 1 5 ~ 2 2 : 0 0 2 1 : 5 5 ~ 翌 7 : 1 0
4. 看 護 職 員 機能訓練指導員	早番勤務 遅出勤務	8 : 0 0 ~ 1 6 : 4 5 9 : 0 0 ~ 1 7 : 4 5

○ 主な職種の勤務内容

ア 生活相談員

利用申込の受付及び調整、サービス計画の作成並びに介護職員の指導等を担当します。

イ 看護職員

利用者の健康チェック、健康に関する相談及び助言を行います。

ウ 介護職員

介護サービスを提供いたします。

エ 機能訓練指導員

看護職員が兼務し、機能訓練等を指導します。

キ 栄養士

利用者の栄養マネジメント・食事メニューの作成を行います。

8. サービスの料金

(1) 介護老人福祉施設サービス費（要介護1から要介護5の方が対象。）

(単位：円)

サービス	区分	サービス料金	利用料(1割の方) 2割・3割の方はこの 2倍・3倍とする
基本サービス	要介護1	6,820	682
	要介護2	7,530	753
	要介護3	8,280	828
	要介護4	9,010	901
	要介護5	9,710	971
日常生活継続支援加算		460	46
栄養マネジメント強化加算		110	11
看護体制加算Ⅰ		120	12
看護体制加算Ⅱ		230	23
外泊時費用	月6日を限度	2,460	246
初期加算	入居日から30日以内、 入院後の再入居も同様 (注2)	300	30
退所前・後訪問相談援助加算	退所時等において生 活相談員等が訪問、 相談を行った場合	460	46
退所時相談援助加算		400	40
退所前連携加算		500	50
経口移行加算	(注3)	280	28
経口維持加算(Ⅰ)	(注4)	400	40
経口維持加算(Ⅱ)		100	10
療養食加算	医師の指示にも基 づく療養食 1日の上限3回	60	6

看取り介護加算	死亡日45日前～ 31日前	720	72
	死亡日30日前～ 4日前	1440	144
	死亡日の前日及び 前々日	6,800	680
	死亡日	12,800	1,280
介護職員処遇改善加算 I	(基本サービス+加算) × 14%		

(2) 食費・居住費の費用（1日当たり）

①介護保険負担限度額認定者以外

料金の種類	食費	居住費ユニット型個室
金額	1,485円	2,066円

②介護保険負担限度額認定者

利用者負担段階	対象者	食費	居住費
第1段階認定者	老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税生活保護の受給者	300円	880円
第2段階認定者	世帯全員が住民税非課税で本人の合計所得+課税年金収入と非課税年金（遺族・障害年金）収入の合計が80万以下の方	390円	880円
第3段階認定者①	世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万越120万以下の人	650円	1,370円
第3段階認定者②	世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万越の人	1,360円	1,370円

③その他の費用

料金の種類	備考	金額
理美容代	理容師の出張によります	2,500円
貴重品の管理（注5）	利用者の希望によります	銀行手数料110円
特別な食費		実費
レクレーションクラブ活動		
日常生活上必要となる諸費用実費		

注) 1. 本会による利用料減免措置の対象者（対象者の指定は市町村が行います）の利用料は、利用者の負担する利用料が3/4となります。

注) 2. 外泊時費用は、ご契約者が病院又は診療所への入院を要した場合及び居室における外泊を行った場合に1ヵ月に6日を限度として、利用料金と居室に係る自己負担額をお支払いいただきます。但し当該居室を短期入居生活介護に活用した場合を除きます。

注) 3. 経口移行加算は経管栄養のご契約者が、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理

を行った場合にお支払いいただきます。

注) 4. 経口維持加算 (I) (II) は、摂食障害を有し、誤嚥が認められるご契約者に対し医師の指示に基づく経口維持計画を作成し、特別な管理を行った場合にお支払いいただきます。

注) 5. 貴重品管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

- 管理する金銭の形態 : 施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- お預かりするもの : 上記預貯金通帳と金融機関への届出印、年金証書
- 保管管理者 : 施設長
- 出納方法 : 手続きの概要は以下の通りです。

- ・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、所定の届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は入出金の都度、個人別出納台帳に記入し、毎月1回、入出金の内容及び残高をご契約者へ郵送します。また、ご契約者及びご利用者から台帳及び通帳の開示を希望されたときは提示します。

※なお、入院時等において、貴重品の保管管理をしている場合は、利用料金を請求させていただきます。

注) 6. 介護保険のご利用が償還払いの扱いとなっている方は、サービス料をご負担いただきます。

この場合、サービス提供証明書を発行いたしますので、市町村の介護保険窓口で償還払いの請求をご提出ください。

注) 7. 利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準額 (介護報酬の告示上の額) によるものとし、利用者の「介護保険負担割合証」記載の負担割合に応じた額となります。

注) 8. 制度の改正等により、サービス料や利用料の変更等があった場合は、直ちに変更された金額に改めると共に利用者にお知らせいたします。

注) 9. 新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、基本サービス料金に0.1%上乗せの料金をご負担いただきます。(令和3年9月末日まで)

9. 利用料金のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算してご請求致します。お支払いは、原則、金融機関口座から自動引き落としさせていただきます。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

10. 入居中の医療の提供について

原則として、下記の嘱託医 (主治医) による定期往診で医療の提供を行います。嘱託医の専門外診療や診療時間外の対応については、ご利用者及びご契約者の希望により、下記の協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記の医療機関において優先的な診療又は入院治療を、保証するものでも義務づけるものでもありません)

①嘱託医（主治医）

医療機関の名称	旭町医院
医師氏名	小林 啓之
所在地	須坂市大字須坂183

②協力医療機関

医療機関の名称	地方独立行政法人長野県立病院機構 長野県立信州医療センター
所在地	須坂市大字須坂1332
診療科	内科・外科・皮膚科・循環器科・泌尿器科 他

③協力歯科医療機関

医療機関の名称	あらい歯科クリニック
所在地	須坂市臥竜4丁目7-2

1 1. 施設利用の留意事項

(1) 所持品の持ち込み

できるだけご自宅に近い環境で暮らせるよう、身の回りの品々をご持参ください。

特に、ご利用者の思い出の品、お気に入りの品などをお願いします。

家具や電化製品は、事前に居室スペースを確認の上、ご持参下さい。

(2) 来訪（面会）

来訪は原則自由です。ただし、感染症予防のため、流行時には、正面玄関にて手洗いの励行やマスクの着用、また、来訪制限等のご協力をお願いします。

※来訪の際は、受付窓口にあります来訪（面会）届に、必ず記入してください。

(3) 外出・外泊

ご家族の付き添いがあれば、外出、外泊は自由です。できるだけご協力下さい。

尚、外出、外泊をされる場合は、「外出外泊届」によりお申し出下さい。

なお、ご家族がご利用者と共に居室に泊まることも可能です。

(4) 喫煙・飲酒

施設内の喫煙スペースのみで喫煙ができます。ただし、タバコとライターは防火管理上、施設でお預かりさせていただく場合がございます。

(5) 施設・設備の使用上の注意

故意に、施設、設備を壊した場合には、ご契約者に弁償していただきます。

(6) 宗教活動、政治活動

活動は自由ですが、他の入居者に迷惑にならないようお願いします。

(7) ペット

動物の嫌いな利用者もおられますので、施設内への同伴はご遠慮ください。

(8) 本会では、地域福祉の向上並びに福祉人材の育成を図るため、学校や養成機関からの研修生の受け入れの協力を行っています。つきましては、予めご了承をお願いいたします。

(9) 居室変更について

ご本人の事情や他の入居者との事情等により、ユニット内での居室移動やユニットを変更しての居室移動をお願いすることがあります。予めご了承をお願いします。

緊急時及び事故発生時の対応等

1. 緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、必要な措置を講じるとともに事前の打ち合わせにより主治医、協力病院、救急隊、親族、須坂市地域包括支援センター等に連絡いたします。

2. 事故発生時の対応及び再発防止

サービス提供中に事故が発生した場合、必要な措置を講じるとともに、速やかにご家族、関係機関に連絡いたします。尚、サービス提供者の責めに帰すべき事由により、損害を及ぼした場合は、速やかに損害を賠償します。ただし、利用者あるいは家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。また、発生要因を十分検討し、原因究明を行い、再発防止に努めます。

3. 損害賠償保険への加入

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名	介護保険事業者総合保険
保障の概要	損害等賠償責任補償・傷害保障

個人情報の使用等及び秘密の保持

1. 事業者はサービスの提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同じです。
2. 利用者及び家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者及び家族の個人情報を用いません。
3. 事業者は、個人情報保護法に基づき、個人情報の取り扱いには守秘義務遵守のもと、細心の注意を払うことをお約束します。

施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 当施設が解散若しくは破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険事業者の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑥ 当施設から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) ご利用者からの退所の申し出

契約の有効期間内であっても、ご利用者から当施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、次の場合には即時に契約を解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご利用者が入院された場合
- ③ 当施設もしくはサービス従事者が、正当な理由なく、本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 当施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 当施設もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他のご利用者のご本人の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、当施設が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① ご利用者が、契約締結時にご利用者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご利用者による、サービス利用料金の支払いが6か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もしくは他のご利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が連続して3か月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
- ⑤ ご利用者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

*** ご利用者が病院等に入院された場合の対応について ***

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び当施設に入居することが出来ます。

② 7日間以上3か月以内の入院の場合

3か月以内に退院された時には、退院後再び当施設に入居することが出来ます。

③3か月以内の退院が見込まれない場合

3か月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する事があります。

(3) 円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、あらかじめ文書にて、ご利用者の同意を得た上で、以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- 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
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

虐待の防止について

本会は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- (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	管理者 小松 正典
-------------	-----------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 職員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。

サービスに関する苦情等

作成された居宅サービス計画に基づいて提供されている各種サービスに関するご相談・苦情を承ります。

指定事業所名	管理者	電話番号
地域密着型特別養護老人ホームぬくもり園	小松正典	242-5323

*下記の窓口でも承ります。

事務局 Tel 026-245-1619 Fax 026-246-0054
E-mail : cocoro@suzaka-shakyo.jp

事務局長 青木 一浩

第三者委員 高津 龍一 Tel 026-245-2907

竹前みち子 Tel 026-246-4330

*本事業所以外に、直接苦情を伝えることができます。

長野県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情処理係 Tel 026-238-1580

須坂市健康福祉部高齢者福祉課介護保険係 Tel 026-245-1400 (須坂市役所代表)

Tel 026-248-9020 (高齢者福祉課直通)

提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有	<input type="checkbox"/>	無
実施した直近の年月日			
実施した評価機関の名称			
評価結果の開示状況			

須坂市社会福祉協議会の居宅サービスの概要

1. 指定を受けている事業所及び管理者

事業所の名称	指定番号	所在地	管理者	電話番号
訪問介護事業部	2070700030	須坂市大字須坂 476-1	松山淳子	245-1640
訪問入浴介護事業部	2070700048			214-4161
デイサービスセンターぬくもり園	2070700154	須坂市大字野辺 1341-2	荒井敏彦	246-8462
デイサービスセンターことぶき	2070700147	須坂市大字野辺 1335-7	青木智恵子	246-9822
デイサービスセンターすえひろ	2070700139	須坂市大字須坂 1243-1	牧久美子	246-6191
居宅介護支援事業部	2070700436	須坂市大字須坂 476-1	横山道郎	246-1640 214-4131

2. 運営方針

本会は、福祉サービス利用者の利益を保護し、地域の介護サービスの基盤の整備に寄与することにより、地域福祉の推進を図ることを目的として在宅福祉サービスを実施します。

在宅福祉サービスの実施に当たっては、社会福祉法及び介護保険法等の社会福祉関係法令の趣旨を尊重し、利用者の居宅での日常生活を継続できるよう必要な支援を総合的に提供するものとします。

これらの方針を実現するため、次のサービス目標を掲げてサービスの提供を行います。

- ◆ 本会は、利用者の在宅生活の継続を最優先します。
- ◆ 本会は、利用者の意思を尊重します。
- ◆ 本会は、介護者の負担の軽減をめざします。

サービスの提供に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・福祉・医療サービス事業者と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

令和 年 月 日

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供にあたり、入居者に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者 社会福祉法人須坂市社会福祉協議会
地域密着型特別養護老人ホームぬくもり園
所在地 須坂市大字野辺1335番地1
説明者 職名 生活相談員
氏名 _____

私は、本書面により、事業者から地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスについて重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____
氏名 _____
代理人 住所 _____
氏名 _____