

特別養護老人ホーム「おふくろの家」
「指定介護老人福祉施設」
重要事項説明書

社会福祉法人 淳涌界

あなたに対する指定介護福祉施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 淳涌界
法人所在地	愛知県弥富市又八二丁目128番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	畑 恒土
電話番号	0567-67-7201

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム おふくろの家
施設の所在地	愛知県弥富市又八二丁目128番地1
施設長名	笹岡 真由美
電話番号	0567-67-7201
FAX 番号	0567-67-7203

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定		利用者数
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成29年3月1日	2377500323	80名
居宅	短期入所生活介護 (空床利用型)	平成31年4月1日	2377500323	80名

4. 事業の目的と運営の方針

特別養護老人ホームおふくろの家

運営理念

家族の絆は何よりも大切です。人間は多くの動物と同じように子供を育てる中で様々な犠牲を払うことを厭いません。逆に、子供が親の犠牲になることは自然の法則になじみません。多くの親もそれを望みません。しかし、私たちは介護の問題がきっかけで家族の絆が断ち切れてしまうことがあることを非常に残念に思います。「最後まで自分の家で暮らす」という多くの人が希望することを可能にするには、家族の絆が保たれることが前提になります。おふくろの家は地域における家族の絆を守る砦となり、地域の人々の絆を拓く礎となることを目指します。そのことで家族の絆を失った方にも安心な居場所が生まれるでしょう。

運営方針

○徹底的な健康管理を最優先します。

(徹底的な健康管理が認知症の周辺症状を解消し、その人らしく生活することの前提になります。)

○入居者各々の希望に照準を合わせた個別のケアプランを定期的に見直し、着実に実行します。

(本人の希望は変化し、私たちはかかわりの中からいただくヒントでその希望の変化に気が付くことしかできません。)

○ケアプラン上の活動と参加の機会作りには、地域住民、特に元気な高齢者の応援をいただきます。

(地域の高齢者に社会貢献の場を提供することで、地域の高齢者の健康への寄与が可能と考えます。)

○家族の負担を取りながら、家族にしかできない役割は担っていただくことで良好な関係を構築します。

(おふくろの家では、家族の肩代わりは出来ません。その意味でおふくろの家に滞在することが最高のもてなしではない場合があります。)

○地域における、家族の介護負担を軽減する可能性のある取り組みには積極的に参画します。

(最後は自宅での希望を満足させるためには、家族の理解の他に家族の負担を解消する地域の力が必要だと考えます。)

5. 施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地		1, 810. 84 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造4階 一部木造棟有
	延床面積	3, 302. 6 m ²
	利用定員	80名 (空床利用型)

6. 職員体制 (主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				備考
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
施設長	1	1				
介護支援専門員	1		1			特別養護老人ホームおふくろの家 生活相談員と兼務
生活相談員	1		1			特別養護老人ホームおふくろの家 介護支援専門員と兼務
介護職員	34	24		10		
看護職員	11	3		8		
機能訓練指導員	1	1				
栄養士	3	3				
医師	3		1	2		

調理員	2	2				
事務員	2	2				

7. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	勤務時間帯（8：30～17：30）	1ヶ月約9日
生活相談員	勤務時間帯（8：30～17：30）	1ヶ月約9日
看護職員	日勤（8：30～17：30） 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	1ヶ月約9日
介護職員	<ul style="list-style-type: none"> ・早番 7：00～16：00 ・D勤 8：00～17：00 ・D1勤 8：30～17：30 ・D2勤 9：00～18：00 ・D3勤 9：30～18：30 ・遅番 12：00～21：00 ・準夜 15：00～0：00 ・夜勤 0：00～9：00 ユニット毎に変動有	1ヶ月約9日
機能訓練指導員	勤務時間帯（8：30～17：30）	1ヶ月約9日
介護支援専門員	生活相談員が兼務	1ヶ月約9日
栄養士	勤務時間帯（8：30～17：30）	1ヶ月約9日
医師	週4日以上（非常勤医はシフトによる）	

8. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容
排せつ	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の状況に応じて、適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。また、おむつ使用者についても排せつの自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて身体の清潔を維持し、快適な生活を営むことができるよう個人の希望に合わせて入浴の機会を提供します。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械式浴槽を用いての入浴も可能です。
離床、更衣、整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、毎朝夕に更衣を行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は週1回行います。

機能訓練	・機能訓練指導員による入居者の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。
健康管理	・医師により、週2回診察日を設けて健康管理に勤めます。 ・また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 (当施設の嘱託医) 氏名(診療科)：村岡 敦(内科)、畑 恒土(内科) 山崎 仁美(精神科) 診療日：村岡(月曜日・金曜日)、畑(月曜日) 山崎(第一・第三月曜日)
相談及び援助	・当施設は、入居者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員 山中 浩司
社会生活上の便宜の供与	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主なレクリエーション行事(節分・お花見・敬老会等) ※レク費用等は、実費をいただきます。

(2) 食事

食事の提供	・栄養士が立てる献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮したバラエティにとんだ食事を提供します。 ・入居者の希望にあわせ、できる限り自立して食事をとることができるよう、入居者の生活習慣を尊重し適切な時間・方法で提供します。 朝食 7:30～ 昼食 11:45～ 夕食 18:00～
-------	---

(3) 居室

居室の提供	・全室個室で、入居者のプライバシーを守り、安心して生活できる居住空間を確保しています。
-------	---

(4) 介護保険給付外サービス(入居者の選択により提供するもの)

種別	内容
理美容	・美容師が、カットやパーマを施設内で行います。
喫茶室	・当施設では、喫茶室を用意しています。
おやつ代	・食事以外に飲み物やお菓子等を提供します。経口摂取できない方等を除き提供します。
電気使用料	・テレビ等を居室に持ち込んで使用した場合の料金です。

日常生活に要する費用で、本人に負担いただくことが適当であるもの	<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション費用 ・クラブ活動費用 ・その他、本人の趣味嗜好に関わるもの
長期外泊・入院中の居室確保費	・長期に外泊や入院した場合、施設に戻るまで居室の確保を希望した場合、光熱水費を除いた費用をいただきます。
特別な食事	・ご希望に応じて、特別食のご用意ができます。

9. 料金

(1) 法定給付

区 分	金 額 等
法定代理受領の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・介護報酬の告示上の額 ・施設介護サービス費（食費・居住費、介護保険給付外サービスの費用を除く）の介護報酬の公示上の額に、利用者負担割合証に記載された割合を乗じた額
法定代理受領でない場合	<ul style="list-style-type: none"> ・介護報酬の告示上の額 ・施設介護サービス費の基準額に同じ

(2) 食費・居住費

入居者ご本人の所得や世帯の課税状況等によって利用者負担段階が設けられ、その段階により負担の限度が決められています。該当する場合には、介護保険負担限度額認定証が発行されます。

利用者負担段階	食費（日）	居住費（日）
第1段階	300円	820円
第2段階	390円	820円
第3段階 ①	650円	1,310円
第3段階 ②	1,360円	1,310円
第4段階	1,445円	2,006円

(3) 介護保険給付対象外サービス（入居者の選択によるもの）

種 別	内 容
理美容	カット1, 800円、カット・パーマ6, 800円等
喫茶室	コーヒー、紅茶：100円
おやつ代	200円/日
電気使用料	一品：20円/日
日常生活に要する費用で、本人に負担いただくことが適当であるもの	実費

長期外泊・入院中の居室確保費	外泊・入院8日目以降 1,350円/日
特別な食事	実費

10. 苦情等申込先

当施設ご利用相談室	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当 : 生活相談員 山中浩司 ・解決責任者: 施設長 笹岡真由美 ご利用時間: 月～金 午前9:00～午後5:00 ご利用方法: 電話(0567-67-7201) <li style="padding-left: 2em;">書面、FAX、来所 ・ご意見箱 : 事務所玄関内
公的機関	<ul style="list-style-type: none"> ・愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険室 電話 052-971-4165 ・弥富市民生部介護高齢課 電話 0567-66-1008 ・保険者所在地市役所担当部署

11. 事故発生時の対応

施設は、入居者に対して施設サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・入居者の家族などに連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、施設は、入居者に対する施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償をすることとします。

12. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合には、入居者・家族等の希望により、別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、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、協力医療機関での診療・入院治療を義務付けるものでもありません。)

13. 協力医療機関

医療機関の名称	J A 愛知厚生連 海南病院
院長名	奥村 明彦
所在地	愛知県弥富市前々須町南本田396番地
電話番号	0567-65-2511
診療科	総合内科 呼吸器内科 循環器内科 消化器内科 糖尿病・内分泌内科 腎臓内科 血液内科 膠原病内科 神経内科老年内科 緩和ケア内科 腫瘍内科 精神科 小児科 外科 乳腺内分泌科 整形外科 形成外科

	脳神経外科 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 放射線科 麻酔科 救急科 病理診断科 歯科口腔外科 内科専修医
入院設備	有
救急指定の有無	有

協力歯科医療機関

名称	えびす歯科
院長名	黒木 豊
所在地	名古屋市中村区千成通6-5 コーポサンシャイン1F
電話番号	052-471-7270

14. 第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は未実施です。

15. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム おふくろの家 消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム おふくろの家 消防計画」にのっとり、年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入居者の方も参加して実施します			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	非常通報装置	あり
	非常階段	2か所	漏電火災報知器	あり
	自動火災報知機	あり	非常用電源	あり
	誘導灯	あり	ガス漏れ報知器	あり
	カーテン等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画など	消防署への届出日：令和5年6月12日 防火管理者 後藤 豊広			

16 当施設入居の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面接時間を遵守し必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。 面会時間 午前9:00～午後5:00 (感染症等の事情がある場合は、制限を設ける。また、看取り対応の入居者に対しては、これに限らない)
外出・外泊	外泊・外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。

居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損など生じた場合、賠償していただくことがございます
喫煙・飲酒	喫煙・飲酒は、決められた場所以外ではお断りします。
迷惑行為等	騒音など他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
現金貴重品等の所持品の管理	紛失については事業所として責任は負いかねますので、持込みはご遠慮ください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内のペットの持込み及び飼育は、お断りをしています。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 _____、氏名 _____）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(利用者)

氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

(署名代行者)

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

署名代行の理由 _____

(利用者の家族等)

氏 名 _____ 印 _____

住 所 _____

続 柄 _____