

地域密着型ユニット型介護老人福祉施設
ノットホーム
重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 リデルライトホーム

地域密着型ユニット型介護老人福祉施設 ノットホーム重要事項説明書

1. 事業者の概要

名 称：社会福祉法人 リデルライトホーム
代 表 者：理事長 小笠原 嘉祐
所 在 地：熊本市中央区黒髪5丁目23番1号

2. 事業所

名 称：地域密着型ユニット型介護老人福祉施設 ノットホーム
事業所番号：4390101626
代 表 者：施設長 吉井 壮馬
所 在 地：熊本市中央区黒髪5丁目23番1号
(電話) 096-343-0489 (FAX) 096-343-8282

3. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

介護保険等の関係法令に従い、入居者がその有する能力に応じて、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、施設サービスを提供いたします。

(2) 運営方針

リデル、ライト両女史の「愛と奉仕の精神」を継承し、熊本市内に住所を有する方が、少人数の生活空間において本人の生活スタイルを尊重した支援サービスを提供いたします。

4. 施設の概要

(1) 入居定員 29名 (2) 居室 個室：29室
(3) ユニット数 3ユニット
(4) ユニット内定員 1ユニット：9名 2ユニット：10名 3ユニット：10名

5. 職員体制

施設長1名、生活相談員1名、介護職員10名以上、看護職員1名以上、
医師（非常勤）1名（兼務）、管理栄養士1名、介護支援専門員1名
機能訓練指導員1名（兼務）

6. 施設のサービス内容と費用

(施設におけるサービス)

ア サービス内容

- 食 事：入居者が好きな時間に好きな場所で食事がとれるように介護職員が支援します。また、管理栄養士により、栄養状態の維持及び改善を図り、状態に応じた栄養管理を計画的に行います。
- 入 浴：入浴は、要介護度の違いにより一般浴と機械浴の2種類があり、入居者の状況に応じた入浴をしていただきます。
- 排 泄：入居者の状況に応じた援助を行います。
- 機 能 訓 練：生活リハビリテーションの考えを基本に、身体機能低下を防止する

よう努めます。

○健康管理：嘱託医による回診があります。ケガ、病気のときには協力医療機関への受診を行います。

○口腔衛生管理：口腔の健康保持のため、入居時と入居後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価を行い、状態に応じた口腔衛生管理を計画的に行います。

○相談及び援助：入居者及びご家族からのご相談に応じます。

イ 費用

原則として料金表の③と必要な加算の総額及びご負担段階に応じた食費と居住費が利用者負担となります。利用者減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額となります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより事業者へ直接介護給付が行われない場合があります。その場合料金表の利用料金全額（①と必要な加算介護保険適用分10割の総額＋ご負担段階に応じた食費と居住費）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行いたします。（サービス提供証明書及び領収証は、償還払いを受ける時に必要となります。）また、自己負担となる施設サービスは実費の負担となります。また、平成23年度から社福軽減事業により、100%の軽減が行われるため、生活保護受給者のユニット型施設入居が可能となりました。

熊本市に住民票を有する方の施設となっておりますので、熊本市に住民票が無い方のご利用はできません。熊本市から住民票を移動される場合、事前にお申し出ください。入居中に住民票を移動された場合、住民票を移動された日より、介護保険給付費を含む介護保険で定められた金額の全額自己負担の金額でお支払頂きます。

【介護保険適用分】※負担割合が1割の場合

①ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
	6,820 円	7,530 円	8,280 円	9,010 円	9,710 円
②うち、介護保険から給付される金額	6,138 円	6,777 円	7,452 円	8,109 円	8,739 円
③サービス利用に係る自己負担額（①－②）	682 円	753 円	828 円	901 円	971 円

○前表以外に、必要に応じて以下のサービスが提供された時に、下記の料金が加算されます
(日額)

各種加算	1割負担	各種加算	1割負担
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円	経口移行加算	28 円
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円	精神科を担当する医師に係る加算	5 円
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46 円	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円
栄養マネジメント強化加算	11 円	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	46 円	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 円
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ	61 円	若年性認知症入所者受入加算	120 円
看護体制加算（Ⅰ）イ	12 円	退所前訪問相談援助加算	460 円
看護体制加算（Ⅱ）イ	23 円	退所後訪問相談援助加算	460 円

障害者生活支援体制加算	26円	退所時相談援助加算	400円
在宅復帰支援機能加算	10円	退所前連携加算	500円
療養食加算	18円	サービス提供体制加算（Ⅰ）イ	18円
新興感染症等施設療養費加算	240円		

（月額）

各種加算	1割負担	各種加算	1割負担
口腔衛生管理加算	90円	経口維持加算（Ⅰ）	400円
自立支援促進加算	280円	経口維持加算（Ⅱ）	100円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100円	排せつ支援加算（Ⅰ）	10円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200円	排せつ支援加算（Ⅱ）	15円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3円	排せつ支援加算（Ⅲ）	20円
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13円	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40円
ADL維持等加算（Ⅰ）	30円	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50円
ADL維持等加算（Ⅱ）	60円	低栄養リスク改善加算	300円
特別通院送迎加算	594円	協力医療機関連携加算（Ⅰ）	100円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円	協力医療機関連携加算（Ⅱ）	5円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5円	認知症チームケア加算（Ⅰ）	150円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円	認知症チームケア加算（Ⅱ）	120円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円		

○介護職員等処遇改善加算Ⅰ

介護職員に対して賃金等の改善を目的とする加算で、介護保険適用分の総額に14.0%を乗じた額のうち、1割が利用者負担として加算されます。

○入院外泊時の費用

要介護状態区分にかかわらず、1日につき246円をお支払い頂きます。ただし、1ヶ月につき7泊（6日分）を限度とします。月をまたがる場合は最大で13泊（12日分）を上限とします。なお、入院外泊時は、ご負担段階に応じた居住費の自己負担が発生します。さらに外泊中に職員によるサービスを利用した場合、1日につき560円が加算されます。

○初期加算

入居した日から起算して30日以内の期間について、1日につき30円が加算されます。また、30日を越える病院への入院後に、再び入居した場合も同様に加算されます。

○再入所時栄養連携加算

入所者が医療機関に入院し、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合、管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合は1回400円が加算されます。

○退所時栄養情報連携加算

特別食を必要とする入居者が退所時、医療機関等に情報提供した場合、70円加算されます。

○配置医師緊急時対応加算

緊急時に配置医師が施設に訪問し、入所者の診療を行った場合に加算されるもので、配置

医師の通常の勤務時間外の場合1回 325 円、早朝・夜間の場合1回 650 円、深夜の場合1回 1,300 円加算されます。

○退所時情報提供加算

入居者が医療機関へ退所した際、情報提供を行うことを評価し、1回 250 円加算されます。

○看取り介護加算

医師が終末期にあると判断した入居者について、医師、看護師、介護職員等が共同して、本人又は家族等の同意を得ながら看取りの介護を行った場合に加算されます。

	加算（Ⅰ）	加算（Ⅱ）
死亡日以前45日以上31日以下	72 円	72 円
死亡日以前4日以上30日以下	144 円	144 円
死亡日以前2日又は3日	680 円	780 円
死亡日	1,280 円	1580 円

○安全対策体制加算

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内で安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施している場合、入居時1回のみ 20 円加算されます。

（自己負担となる施設サービス）

施設が提供する食事	利用料金：第4段階 1日 1,800 円 その他段階 1日 1,445 円 ※ご負担段階に応じて、負担額の右記上限が設けられています。	第4段階 1日 1,800 円 第3段階②1日 1,360 円 第3段階①1日 650 円 第2段階 1日 390 円 第1段階 1日 300 円
居住費	利用料金：第4段階 1日 2,100 円 その他段階 1日 2,066 円 ※ご負担段階に応じて、負担額の右記上限が設けられています。	第4段階 1日 2,100 円 第3段階 1日 1,370 円 第2段階 1日 880 円 第1段階 1日 880 円
送迎（片道）	個人（ご家族）の希望時の送迎を行った場合	熊本市内 1,000 円 熊本市外 2,000 円
電気代	個人（ご家族）の希望により電化製品をご使用の場合	1つの電化製品につき 1日 80円
医療器具管理料	医師の指示のもと在宅酸素などを使用した場合	1ヵ月 3,000 円
特別な食事	個人（ご家族）の希望に基づいて特別な食事を提供します。	要した費用の実費
理美容代	月に2回程度、外部からの出張理美容サービスを利用した場合	要した費用の実費
預貯金管理費	預貯金通帳及び届出印の管理を行い、医療費や理美容代の支払い代行及び日用品の	1ヵ月 1,000 円

	購入代行を行います。	
日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活品の購入代金等で自己負担が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。	要した費用の実費

自己負担となる費用に関するお支払いは、毎月の利用料金と一緒にご精算できます。ご希望の方は申し出ください。

ウ 利用者負担軽減制度

利用者負担額の一部（原則 1/4、老齢福祉年金受給者 1/2）を軽減する制度です。

市町村民税世帯非課税で、以下の要件を満たし、収入や世帯の状況、利用者負担等を総合的に考慮し、生計が困難と認められた人が対象となります。まずは、所在地の市町村窓口におたずねください。

該当者には、市町村から「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」が交付されます。

社会福祉法人は、当該確認証を提示した利用者に対し、確認証の内容に基づき施設サービスに係る利用者負担額並びに食費及び居住費の軽減を行います。

（要件）

- ①年間収入が単身世帯で 150 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 50 万円を加算した額以下
- ②預貯金等が単身世帯で 350 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 100 万円を加算した額以下
- ③日常生活に供する資産以外に活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

7. 利用料の支払い方法

毎月 15 日までに「施設サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、25 日までにお支払いいただきます。

○支払い方法

①指定口座への振込み

金融機関名	熊本信用金庫 子飼支店
預金種目	普通預金
口座番号	0256322
口座名義人	ノットホーム 施設長 吉井 壮馬

②窓口でのお支払い

月曜日から金曜日までの午前 9 時から午後 5 時 45 分までと土曜日は、午前 9 時から午後 4 時までお支払いできます（祝祭日もお支払いできます）ので請求書をご持参ください。（リデルライトホーム事務所にてお支払いしてください。）

③自動引き落とし

入居月の翌月 26 日に引き落とされます。手続きはノットホームにて受け付けています。（リデルライトホーム事務所でも受け付けています。）

8. サービスに関する苦情(ご意見・ご提言)窓口

(1) 苦情解決責任者 施設長 吉井 壮馬

(2) 窓口担当者 生活相談員 米田 正人
 受付時間 9:00~18:00
 ご意見方法 電話:096-343-0489
 面接:居室において対応いたします
 ご意見箱:各ユニット玄関に設置してあります

(3) 第三者委員名簿

氏名	住所	電話番号
吉本 裕二	上益城郡益城町大字木山 396	090-4996-2732
塘林 文明	熊本市東区渡鹿 8 丁目 21-2	096-372-5252
小野寺武治	熊本市中央区黒髪 5 丁目 18-16	096-345-4872
秋山 高宏	熊本市中央区坪井 4 丁目 14-13	096-345-0264

(4) 行政機関その他苦情受け付け機関

苦情受付機関	住所	電話番号
熊本市役所 (高齢者支援部介護事業指導課)	熊本市中央区手取本町 1-1	096-328-2793
国民健康保険団体連合会	熊本市東区健軍 2 丁目 4-10	096-214-1101
熊本県社会福祉協議会 (熊本県福祉サービス運営適正化委員会)	熊本市中央区南千反畑 3-7	096-324-5471

9. 虐待の防止

入居者に対し、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止に係る指針の整備、担当者を設置するとともに、定期的に委員会・研修会を開催し、職員に対し周知徹底を図り、虐待防止に努めます。

10. 感染対策

入居者に対し、感染症、食中毒が発生、又はまん延しないよう、感染対策に係る指針の整備、担当者を設置するとともに、定期的に委員会・研修会及び訓練を開催し、感染防止に努めます。また、新興感染症の発生時に、感染者の診療等を迅速に対応できる体制を平時から構築しておくため、協定締結医療機関と連携し、新興感染症発生時における対応を取り決めていきます。

11. LIFE 情報の収集・活用と PDCA サイクルの推進

サービスを提供するに当たって介護保険法が定める介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に実施します。

12. 非常災害時の対策

ノットホームでは、火災、震災その他の災害から入居者及び職員等の生命、身体の保護及び財産の保全を図ることを目的とした防災対策規定を設けています。熊本中央消防署と連携を図り、年2回の消火訓練、避難訓練を実施しています。また、早期の業務再開を図るため

の計画を策定し、研修及び訓練を定期的を実施します。

13. 協力医療機関

精神科、診療内科、神経内科	ピネル記念病院	熊本市東区佐土原1丁目8番33号
整形外科、内科、外科、胃腸科 他	江南病院	熊本市中央区渡鹿5丁目1番37号
一般歯科、口腔外科、矯正歯科 他	伊東歯科口腔病院	熊本市中央区子飼本町3番14号
泌尿器科、内科、循環器科	水上医院	熊本市中央区黒髪6丁目9番20号
救急外来、内科、整形外科 他	朝日野総合病院	熊本市北区室園町12番10号
内科、消化器内科、呼吸器内科 他	くまもと成城病院	熊本市北区室園町10番17号

14. 事故発生時の対応

事故の発生またはその再発を防止するため、事故に係る指針を整備し、事故防止のための委員会・研修会を定期的を開催します。事故が発生した場合は、市町村、入居者の家族などに連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

15. 入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減

生産性の向上に資する取組の促進を図るため、課題を抽出及び分析したうえで、施設の状態に応じて、入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置し、定期的を開催します。

16. 施設利用における留意事項

面会	時間は定めておりませんので、ご自由に面会してください。 ただし、感染予防等を図る上で面会制限を行う場合もあります。
外出・外泊	ご家族の付き添いのもと、外出・外泊は自由にできます。 事前にご連絡をお願いいたします。ただし、感染予防等を図るうえで制限を行う場合もあります。
ご家族の宿泊	施設宿泊も可能ですので、ご相談ください。ただし、感染予防等を図るうえで制限を行う場合もあります。
喫煙	喫煙場所以外での喫煙は控えていただきます。
迷惑行為など	騒音など他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。
所持金の管理	所持金は自己の責任で管理していただきます 小遣い銭などの現金は一切お預かりいたしません（お預けになる場合は、上述の預貯金等管理代行をご利用していただきます）
洗濯	施設にて洗濯させていただきます。個別にて洗濯希望の場合、洗濯機を用意しておりますので、ご自由にご使用ください。クリーニングを必要とする衣類は、お持ち帰りください。
個人情報について	個人情報保護法案に基づき取り扱いますが、やむを得ず、緊急時の場合（離園など）は、入居者及び家族の個人情報を関係機関に提示する場合があります。

17. ハラスメント対策の強化

適切なサービスの提供を確保する観点から、職員の就業環境を害することを防止するための方針を定め、対策を強化します。

【個人情報の利用目的】

社会福祉法人リデルライトホームでは、個人情報保護法及び入居者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報に関する基本方針」の下、ここに入居者の個人情報の「利用目的」を公表します。

なお、あらかじめ入居者本人の同意を得ないで、利用目的の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。

※別紙にて個人情報に関する内容及び利用目的の説明をいたしますので、別途個人情報に関する同意をいただきます。

【ノットホームにおける看取り介護について】

入居された皆様におきましては、未永くお元気で過ごされることを一番に願い、日々の介護に努めております。しかし、体調を崩された場合、通院や入院を繰り返されると思われます。そこで、最終的に延命のための治療を望まれない場合、当施設において余生を全うされるように心をこめて看取りを行なう所存です。その際は、改めて、ご家族の方々をはじめ、嘱託医、施設長、介護・看護職員と話し合いを持ちます。また、看取りの同意書を書いて頂くこととなります。

できるだけ、ご本人、ご家族のお気持ちに沿えるように職員一同、最期の時間を大切に過ごすことができますように努めてまいります。

※別紙にて看取り介護指針の内容説明をいたします。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設サービス内容、重要事項、個人情報
報の利用目的および看取り介護の指針について説明を致しました。

令和 年 月 日

事業者	住 所	熊本市中央区黒髪5丁目23-1
	事業者名	社会福祉法人 リデルライトホーム
	施設名	地域密着型ユニット型介護老人福祉施設 ノットホーム
	事業所番号	4390101626
	代表者	理事長 小笠原 嘉祐 印

説明者	職 名	生活相談員
	氏 名	米田 正人 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人福祉施設サービス内容、重要事項、個人情報の利
用目的および看取り介護の指針について説明を受けました。
上記の内容に同意致します。

令和 年 月 日

入居者	住 所	
	氏 名	印
身元引受人	住 所	
	氏 名	印
代理人	住 所	
(選任した場合)	氏 名	印