

介護老人福祉施設重要事項説明書

＜ 28年 10月 1日 現在 ＞

1. 施設サービスの相談窓口

相談窓口	ケアマネージャー 山川 美千子
電 話	0776-38-9280
受付時間	午前9時00分～午後6時00分

2. 特別養護老人ホームあさむつ苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム あさむつ苑		
所在地	〒918-8156 福井市引目町第2 1号9番地の2 TEL0776-38-9280		
介護保険指定番号	介護老人福祉施設	(福井県	1870100227号)
	短期入所生活介護	(福井県	1870100227号)
	通所介護	(福井県	1870100227号)
	居宅介護支援	(福井県	1870100227号)
	在宅介護支援センター		

(2) 施設の職員体制

	常勤	非常勤		常勤	非常勤
管 理 者	1名(兼)		事務担当者	3名(1兼)	
医 師		1名	管理栄養士	2名	
介護支援専門員	1名(兼)		調 理 員	2名	4名(2兼)
生活相談員	1名(兼)		栄 養 士	2名(兼)	
看護職員	4名	1名	歯科衛生士		1名
機能訓練指導員	1名	2名	宿直員		2名
介護職員	29名	4名	計	46名	15名

(3) 施設の設備の概要

定員	特養70名・短期10名	静養室	1室	
居室	多床室(4人部屋)	10室(1人当11.92㎡)	医務室・診察室	1室
	多床室(2人部屋)	4室(1人当11.65㎡)	面会室	1室
	従来型個室	12室(1人当15.11㎡)	寮母室	2室
	従来型個室	20室(1人当15.15㎡)	食堂	2室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	機能訓練室	2ヶ所	
		談話室	1室	

3. サービス内容

居室	4人部屋・2人部屋・個室がございますが、身体状態及び介護上の都合により居室が変更となる場合がございます。
施設サービス計画の立案	利用者の意向を踏まえて、介護支援専門員が介護状態に応じて施設サービス計画を立案します。
食事	介護状態に応じた食事を提供いたします。必要に応じて食事介助を行います。
入浴	週に2回を基本として、介護状態に応じて一般浴・特殊浴・シャワー浴・清拭を行います。
介護	施設サービス計画に沿って、排泄・入浴・シーツ交換・衣類交換など日常生活上必要な介護を行います。
機能訓練	身体機能の維持や自立支援に向けて機能訓練を行います。
健康管理	嘱託医の回診を基本に看護職員が健康状態の把握、管理を行います。年1回の健康診断を行います。看護・介護職員により夜間帯においても医療機関等と連携を確保し健康上の管理等を行う。
生活相談	介護サービスを含め、日常生活全般に関する悩み、疑問等に対して相談できます。
レクリエーション	心身維持機能や生きがい活動として行事・クラブ活動等を行います。活動の一部では、自己負担があります。
洗濯サービス	通常の衣類等の洗濯は施設内で行います。施設内で洗濯が不可能な物はクリーニング代が自己負担となります。
理容サービス	月2回施設内で、理容サービスを受けることができます。料金は自己負担となります。
特別食の提供	通常のメニューの他に特別食をご用意できます。特別食に関しては自己負担となります。

4. 利用料金

(1) 基本料金 (基礎的な料金表別表に記載)

① 介護サービス利用料 (一日当たりの自己負担額)

介護度	個室	多床室
要介護度 1	547	547
要介護度 2	614	614
要介護度 3	682	682
要介護度 4	749	749
要介護度 5	814	814

ただし、入所後 30 日に限り上記料金に 30 円の割増となります。

- ② 個別機能訓練加算 1日 12円
- ③ 看護体制加算 I 1日 4円
- ④ 看護体制加算 II 1日 8円
- ⑤ 日常生活継続支援加算 1日 36円
- ⑥ 夜勤職員配置加算 1日 13円
- ⑦ 口腔衛生管理体制加算 I 1ヶ月 30円
- ⑧ 栄養マネジメント加算 1日 14円
- ⑨ 介護職員処遇改善加算(1) 加算率 5.9%
(所定単位数に乗じた単位)
- ⑩ 地域区分上乘せ割合(7級地 福井市) 加算率 1.7%
(I単位=10.17の計算)

⑪ 居住費 基本利用料(1日あたり)

	個室	多床室
基準額	1250・1150	840
負担限度額 第3段階	820	370
負担限度額 第2段階	420	370
負担限度額 第1段階	320	0

A ただし、居住費負担限度額認定者は、その負担限度額とする。

B 平成17年9月30日までに入所されている方は、多床室としての経過措置があります。

C 平成17年10月1日以後従来型個室に入所した方であって、次のいずれかに該当する方については、多床室に係る介護報酬を適用いたします。

- ・ 感染症により従来型個室への入所の必要があると医師が判断した方であって、当該個室への入所期間が30日以内である方。
- ・ 著しい精神状態等により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した方。

D 外泊時・入院時ご本人様の利用のない居室料金については、他者の居室利用がない場合は基本料金の支払いが発生いたします。負担限度額対象者の方におきましても、基本料金のお支払いが発生いたします。

⑫ 入院時外泊時加算について

入所期間中に入院や外泊される場合は、6日間に限り1日当たりの自己負担額246円となります。

⑬ 食費

1食当たりの利用額となります。

朝食： 400円

昼食： 550円

夕食： 550円

おやつ代： 100円

ただし、食費負担限度額認定者は、その負担限度額とする。

第3段階：650円 第2段階：390円 第1段階：300円

その他の料金

- ① 利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い要した費用は実費となります
- ② 療養食加算 1日 18円
医師の指示せんに基づく療養食を提供する場合には加算されます。(糖尿・腎臓・肝臓・高血圧等)
- ③ 理容代 カットのみ1500円、顔剃りのみ500円、両方2000円
- ④ その他個別加算

	平成27年4月～	内容
看取り加算	144単位/日	死亡以前4日以上30日以下
経口維持加算Ⅰ	400単位/月	摂食機能障害や誤嚥の方に口腔維持計画を実施・管理栄養士による栄養管理を実施
経口維持加算Ⅱ		
経口維持加算Ⅱ (新設)	100単位/月	口腔維持加算Ⅰが実施され協力歯科医師を定め会議等を行なう
経口移行加算	28単位/日	

- ⑤ 行事参加費、クリーニング代等 別途料金がかかります。

(3) 低所得者対策

① 補足給付のしくみ

利用者負担段階層については、市町村への個人での申請後、市町村が確定します。

② 高額介護サービス費の割戻し

第1～3段階の対象となる方々には市より連絡があり申請により高額介護サービスの割戻しができます。

③ 社会福祉法人による利用者負担軽減制度もあります。

(4) 支払い方法

毎月 10 日までに、前月分の請求をさせていただきます。20 日までに指定の銀行口座より引き落としさせていただきます。入所時に口座自動引き落としの手続きをお取り下さい。なお、口座振替手数料 108 円を、負担していただきます。

口座からの引き落とし日から 10 日目以降に請求書を持参いただきますと、領収印を押させていただきます。

(5) 利用料金の変更

上記の各利用料については、国の基準等の改正、その他社会経済情勢の変動に伴って変更することができるものとします。

5. 退所の手続き

(1) 利用者の方又は家族等の都合で、退所を希望される場合は、文書で希望される日の 30 日前までに提出していただきます。

(2) 以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

- ① 他の介護保険施設に入所された場合
- ② 要介護認定区分が非該当（自立又は要支援）と認定された場合、所定の期間の経過をもって退所していただきます。
- ③ 利用者の方が、お亡くなりになった場合

(3) その他

- ① 利用者又はその家族等が、サービス利用料金の支払いを 2 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10 日以内に支払わない場合、または利用者や、家族等が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただきます。
- ② 利用者の方が病院または診療所に入院し、明らかに 2 ヶ月以内に退院できる見込みがない場合または入院後 2 ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合は文書で通知のうえ、契約を終了させていただきます。尚、退院後に再度入所希望される場合は、お申し出ください。
- ③ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は契約を終了し、退所していただきます。
- ④ 退所の時は、所持金品等はすべて利用者、又は家族等に引きとっていただきます。

6. 入所準備物

- * 衣類…パジャマ類・普段着・下着・靴下・タオル・バスタオル（大判）は各5枚程度ご準備ください。（季節ごとの入れ替えを必ずお願いします。）
- * 洗面・整容用具（男性の方は電気かみそりをご用意ください。）
- * 履き物（介護用内履き・外履き）
- * テレビ（15インチ以下）・ラジオ等の持ち込みは可能ですが、イヤホン等をご準備ください。
- * 寝具は施設で準備しますが、本人用の寝具（毛布・タオルケット・枕等）の使用も可能です。
- * 移動器具（車椅子・歩行器・老人車・杖等）で使い慣れている物
- ※ 私物に関しては、布製名札を縫いつけるか、油性マジックで名前を書いてくださるようお願いいたします。

7. 面会

- * 面会時間は、緊急以外は午前9時00分～午後7時00分までとなっております。
- * 面会時は、必ず玄関に備え付けの「来苑者カード」に所定の事項をご記入ください。
- * 入所後は、環境・生活リズムの変化により、精神的にも不安定な状態になり、状態の変化が見られる事がありますので、こまめにご面会をしていただき、少しでも早く入所生活になれるようご協力願います。
- * 面会時、利用者に食べ物・飲み物等を持ち込まれる場合は、状態変化（窒息消化不良等）を起こす恐れもありますので、必ず職員にご連絡、ご相談ください。なお、連絡なく提供され状態変化した場合の責任は負いかねます。また、持ち込みされた飲食物は絶対に他の利用者様には配らないようにして下さい。

8. 外出・外泊

外出及び外泊を希望される利用者の方は、体調の確認や内服薬等の準備の都合もありますので、事前にご連絡ください。外出・外泊届に記入していただきます。入所後も、住み慣れた家への思いは失われるものではありません。お盆期間や、年末年始等の外出、外泊のご協力もお願いいたします。

9. 緊急時の対応方法

介護状態の異変や容態急変のときは、緊急連絡先に連絡するとともに、嘱託医（田中病院）へ連絡をとる等の必要な措置を講じます。また、家族の早急な判断が必要になる場合は、受診に同行していただくことがあります。

10. 終末ケア

人生の終末期には、特別な介護（ターミナルケア）が必要になります。その際は、施設療養か入院療養かなどケアの方向性を決める上で、家族・嘱託医・看護職員、介護支援専門員との話し合いがもたれます。その場合は一時的に居室又は病室にて付き添いをお願いする場合があります。

11. 感染防止

- * 冬期を迎えると、インフルエンザが流行します。嘱託医の判断により、集団感染を予防するためワクチン接種を行うこととなります。なお、その費用のうち実費分は利用者負担です。市町村から提供される「はがき」はご持参下さい。（ご持参されない場合は実費を頂きます。）
- * 赤痢・チフス・コレラ等や結核は、即刻入院となり、MRSA・疥癬等の感染又は感染疑いのときは、特別な管理をさせていただくことがあります。
- * その他、血液を介した感染もありますので、必ず嘱託医及び看護職員の指示に従って下さるよう、お願いいたします。

12. 非常災害対策

- * 災害対策の年間計画にそって訓練を行っています。
- * 火災発生時には職員を非常召集し地区住民が応援に駆けつけることになっています。

13. 事故発生時の対応および損害賠償

- * 施設サービスの提供中事故が発生した場合には、速やかに市町村・入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置をとります。
- * 事業所の責めに帰すべき事故が発生した場合は損害賠償を行います。
- * 利用者の責めに帰すべき事故が発生した場合は損害賠償の請求を行います。

14. 苦情処理窓口

- ① 施設のサービス内容における相談・苦情・意見等を承ります。

相談窓口：次長 岩本 真由美
ケアマネージャー 山川 美千子
電話：0776-38-9280
受付時間：午前9時00分～午後6時00分

- ② 苦情相談第三者委員

苦情第三者委員がおられますので委員に相談・苦情・意見を申し出ることができます。

苦情第三者委員	酒井 郷 衛	電話	38-2172
同 上	福野 家 光	電話	38-1243
同 上	下川 道 雄	電話	22-5253
同 上	近藤 喜代美	電話	35-8009

- ③ 理事長へ直通の私書箱

〒918-8691 福井南郵便局 私書箱12号(住所記入不要です)

社会福祉法人 新清会 理事長 吉田 新内 宛て

- ④ 市町村・保険連合会

市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

福井市役所介護保険課 電話 20-5715 まで

福井県国民健康保険団体連合会

苦情処理窓口 電話 57-1614 まで

15. 苦情処理の体制

苦情があった場合は、次の体制で行います。

- ① 苦情内容の把握と説明
- ② 苦情への具体的対応
- ③ 申立者への結果報告
- ④ 苦情処理台帳の作成
- ⑤ 関係機関への報告

介護老人福祉施設入所にあたり、利用者（代理人 兼 連帯保証人）に対して、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

平成	年	月	日	
事業者		所在地	福井市引目町第21号9番地の2	
		名称	社会福祉法人 新清会 特別養護老人ホーム あさむつ苑	
		説明者	介護支援専門員	印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設の入所についての重要な事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

印

(代理人兼連帯保証人)

住所

氏名

印

○緊急時の対応

利用者氏名		生年月日 年 月 日生
-------	--	----------------

体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先 1

氏名	(続柄)	
住所	〒 -	
電話番号	()	-
勤務先電話	()	-
携帯電話	()	-

緊急連絡先 2

氏名	(続柄)	
住所	〒 -	
電話番号	()	-
勤務先電話	()	-
携帯電話	()	-

主治医 1

病院または 診療所名	
医師	
医師	

主治医 2

病院または 診療所名	
医師	
医師	

利用者に関する個人情報の第三者への提供に関する同意書

利用者氏名 _____ (以下「利用者」という) と社会福祉法人新清会あさむつ苑
介護老人福祉施設 (以下「事業者」という) は、利用者に関する個人情報を第三者機関
へ提供することに関して、以下の3項に同意する。

- 1、事業者および事業者の使用するものは、サービスを提供する上で知りえた利用者
およびその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報を、正当な理由なく第三者に
漏らさない。この守秘義務はサービスに関する契約が終了した後も同様とする。
- 2、事業者および事業者の使用するものが、サービスを提供する上で知りえた利用者
およびその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報に関して、事業者が提供する
サービス以外に利用者が利用するサービスを提供する第三者の機関等 (病院・居宅
介護支援事業所等) に対して、提供することが必要かつ適切であると判断した内容
の情報を事業者が提供することに、利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等
はこの書面にて同意する。
- 3、事業者および事業者の使用する者がサービス提供をする上で知りえた利用者およ
びその家族・代理人兼連帯保証人等に関する情報に関して、事業者は、前項に関す
る情報の提供以外に利用者およびその家族・代理人兼連帯保証人等から予め文書で
同意を得ない限り、第三者への情報の提供をしないこと。

契約締結日 平成 年 月 日

契約者

利用者又は利用者代理人

[住 所]

[氏 名]

印

家族又は代理人兼連帯保証人

[住 所]

[氏 名]

印

事業者

[住 所] 福井市引目町21号9番地の2

[事業者名] 社会福祉法人 新清会

特別養護老人ホーム あさむつ苑

[代表者名] 施設長 吉田 雅世

印