

特別養護老人ホームほほえみ福寿の家
介護老人福祉施設重要事項説明書

平成29年4月改定

当施設のサービスをご利用いただくにあたり、事業所の概要等につきまして、次のとおりご説明いたします。

1 事業者の概要

| | |
|---------|--------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 桜友会 |
| 事業者の所在地 | 岐阜県関市稲口845番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 高井昭裕 |
| 電話番号 | 0575-24-9570 |

2 事業所の概要

| | |
|------------|----------------------------------|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム ほほえみ福寿の家 |
| 施設の所在地 | 岐阜県関市稲口845番地 |
| 指定事業所番号 | 2170200196 |
| 施設長名 | 高井澄恵 |
| 電話番号・FAX番号 | 電話：0575-24-9570 FAX：0575-24-9571 |

3 当施設での併設事業

| 事業の種類 | | 岐阜県知事の指定事業所番号 | 利用定員 |
|--------------------|-------------------------|---------------|------|
| 施設 | 介護老人福祉施設 | 2170200196 | 90名 |
| 在宅 | 短期入所生活介護 | 2170200196 | 26名 |
| | 介護予防短期入所生活介護 | | |
| | 通所介護 | 2170200279 | 45名 |
| | 介護予防通所介護 | | |
| | 訪問介護 | 2170200378 | — |
| | 介護予防訪問介護 | | |
| | 障害福祉サービス 居宅介護・重度訪問介護 | 2110200421 | — |
| | ケアハウス | 介護保険外 | 26名 |
| 居宅介護支援 | | 2170200154 | — |
| | | 2170201095 | |
| 介護予防支援（地域包括支援センター） | | 2100200050 | — |
| 地域 密着型 | 介護老人福祉施設入所者生活介護 | 2190200192 | 20名 |
| | 認知症対応型共同生活介護 | 2190200036 | 9名 |
| | | 2190200127 | 9名 |
| | 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 2190200234 | 18名 |

| | | | |
|-----------|-----------------|------------|-------|
| 地域 密着型 | 小規模多機能型居宅介護 | 2190200119 | 29名 |
| | 介護予防小規模多機能型居宅介護 | | ※登録定員 |
| | 認知症対応型通所介護 | 2190200184 | 12名 |
| | 介護予防認知症対応型通所介護 | 2190200242 | |

4 事業の目的及び方針

要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。

また、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭において入浴・排泄・食事等の日常生活上の世話をを行い、入居者がその能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう援助すると共に、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、保健医療機関及び福祉サービス機関等との密接な連携に努めます。

5 施設の概要

(1) 敷地及び建物

| | | |
|----|------|--------------|
| | 敷地 | 16,911㎡ |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート 4階建 |
| | 延べ面積 | 7,349.9㎡ |
| | 利用定員 | 90名 |

(2) 居室（ショートステイ26床を含む）

| 居室の種類 | 室数 | 一人当たりの平均面積 |
|------------------|----|------------|
| 従来型個室 | 88 | 11.5㎡ |
| トイレ・洗面台付従来型個室 | 8 | 13.0㎡ |
| インターネット対応従来型個室 | 10 | 12.2㎡ |
| インターネット対応従来型特別個室 | 2 | 15.2㎡ |
| 二人部屋 | 8 | 11.5㎡ |

(3) その他の主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 |
|---------|---|------|
| 食堂・集会室 | 4 | 509㎡ |
| 機能回復訓練室 | 2 | 61㎡ |
| 特別浴室 | 3 | 97㎡ |
| 一般浴室 | 1 | 28㎡ |
| 便所 | 7 | 115㎡ |
| 医務室 | 1 | 25㎡ |
| 静養看護室 | 1 | 36㎡ |

6 職員体制及び勤務体制

| 職種 | 人数 | 勤務体制 | 備考 |
|------------|----|------|----|
| 施設長 | 1 | 日勤 | |
| 副施設長及び事務職員 | 6 | 日勤 | |
| 介護支援専門員 | 1 | 日勤 | |

| | | | |
|---------|----|-----|---------|
| 生活相談員 | 1 | 日勤 | |
| 介護職員 | 27 | 3交替 | |
| 看護職員 | 3 | 3交替 | オンコール体制 |
| 管理栄養士 | 1 | 日勤 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | 日勤 | |
| 歯科衛生士 | 1 | 日勤 | |
| 嘱託医師 | 1 | 非常勤 | |

※介護職員を除く職種については、併設の地域密着型老人福祉施設入所者生活介護施設と兼務できるものとする。

7 施設サービスの概要及び利用料金

(1) サービス内容

ご利用者各々の施設介護サービス計画書（ケアプラン）に基づいて、介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

- ①入浴：週2回、利用者個々に応じた入浴設備を使用し、入浴していただきます。
ただし、体調不良の場合は中止することがあります。
- ②排泄：利用者個々にあった方法で排泄ケアを行います。
- ③食事：利用者個々にあった食事形態で食事を提供します。
- ④機能訓練：機能訓練員による機能訓練を行います。
- ⑤生活相談：日常の生活における様々な困り事、悩み事などの相談に随時対応します。
- ⑥健康管理：年1回の定期健康診断を行うと共に、嘱託医による回診を行います
- ⑦理美容サービス：定期的、または利用者の希望により業者による理美容サービスを斡旋します。ただし、実費を負担いただきます。
- ⑧行政手続き及び負担金支払い代行をします。
- ⑨金銭管理：国民健康保険料・介護保険料・理美容代・医療費・薬代、その他日常生活に必要な経費の支払について、お預かりした印鑑・通帳により支払代行します。
なお、出納状況については、四半期毎に報告書により報告いたします。
- ⑩外出：施設で定める行事計画に基づき外出サービスを実施します。（外出が困難と判断される場合を除く）

(2) 所持品等の持込みについて

使い慣れた家具の持ち込みは自由ですが、居室に入る程度で入居者が動きやすい範囲内をお願いします。

なお、通帳・印鑑・保険証等の貴重品については、事務所金庫にて保管します。

(3) 利用料金（1日当りの介護サービス費）

介護保険※ご本人の負担割合に応じて算定となります。記載は1割負担者。

| | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 |
|-------|------|------|------|------|------|
| 多床室 | 547円 | 614円 | 682円 | 749円 | 814円 |
| 従来型個室 | 547円 | 614円 | 682円 | 749円 | 814円 |

居住費（1日当り）※ご本人の負担限度額に応じて算定となります。

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 |
|-------|------|------|------|--------|
| 多床室 | 0円 | 370円 | 370円 | 840円 |
| 従来型個室 | 320円 | 420円 | 820円 | 1,150円 |

食費（1日当り）※ご本人の負担限度額に応じて算定となります。

| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階 | 第4段階 |
|----|------|------|------|--------|
| 共通 | 300円 | 390円 | 650円 | 1,420円 |

(4) 加算額 ※記載は1割負担者。

下記に定める加算のうち、施設体制や入所者の状況に応じて必要な加算を、ご本人の負担割合に応じて算定させていただきます。

①外泊時費用

入所者が病院または診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合1月に6日を限度として1日につき246円を算定

ただし、初日及び最終日は除き、月をまたがる場合は最大12日分を算定

②初期加算 1日につき30円 入所、再入所から30日間

③退所前後訪問相談援助加算 460円

退所時相談援助加算 400円

退所前連携加算 500円

入所者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合

居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供サービス調整を行った場合

④個別機能訓練加算 1日につき12円

個別機能訓練計画に基づいて機能訓練を実施する場合

⑤精神科医療養指導加算 1日につき5円

精神科医による療養指導が月2回行われている場合

⑥栄養マネジメント加算 1日につき14円

栄養ケア計画に基づいてサービスを提供する場合

⑦療養食加算 1日につき18円

療養食の提供が必要な対象者

⑧経口移行加算 1日につき28円

経管栄養者が経口摂取に移行する取組みを実施する場合

⑨経口維持加算（Ⅰ） 1月につき400円

著しい誤嚥が認められる方の経口摂取を維持する取組みを実施する場合

経口維持加算（Ⅱ） 1月につき100円

誤嚥が認められる方の経口摂取を維持する取組みを実施する場合

⑩在宅復帰支援機能加算 1日につき10円

在宅復帰支援を積極的に行い、一定割合以上の在宅復帰を実現した場合

⑪看取り介護加算 (死亡日以前4日以上30日以下) 1日につき144円

(死亡日以前2日または3日) 1日につき680円

(死亡日) 1日につき1,280円

医師が終末期にあると判断し、医師、看護師、介護職員等が協働して、本人または家族の同意を得ながら看とり介護を行った場合

死亡前30日を上限として、死亡月に算定

⑫在宅・入所相互利用加算 1日につき40円

複数の利用者が在宅期間及び入居期間(3ヶ月以内)を定めて、同一の個室を計画的に利用する場合

⑬日常生活継続支援加算 1日につき36円

認知症高齢者等が一定割合以上入所しており、入所者数に対し介護福祉士を一定割合以上配置している場合

⑭サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 1日につき18円

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ 1日につき12円

サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 1日につき6円

サービス提供体制強化加算(Ⅲ) 1日につき6円

介護福祉士の資格保有者が一定割合雇用されている場合や、一定以上の勤続年数を有する者が一定割合雇用されている場合

施設の体制により、(Ⅰ)イ・ロ(Ⅱ)(Ⅲ)のいずれかを算定

⑮看護体制加算(Ⅰ) 1日につき4円

看護体制加算(Ⅱ) 1日につき8円

常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員を配置している場合

⑯夜勤職員配置加算 1日につき(従来型)13円/ (ユニット型)27円

基準を上回る夜勤職員を配置している場合

⑰若年性認知症入所者受入加算 1日につき120円

⑱認知症専門ケア加算(Ⅰ) 1日につき3円

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 1日につき4円

国や自治体の実施または指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する場合

⑲口腔衛生管理体制加算 1月につき30円

歯科衛生士の指導等により入所者の口腔ケアを行う場合

⑳口腔衛生管理加算 1月につき110円

歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合

㉑介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 介護老人福祉施設8.3%

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

※経過措置

下記に該当する方については多床室の介護報酬を摘要します。

<既存入所者について>

①平成17年9月30日において従来型個室に入居しており、かつ10月1日以降も継続して従来型個室に入所する方。

<新規入所者について>

①感染症等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、当該個室への入所が30日以内である方。

②著しい精神症状により、他の同室者の心身の状況に重大な影響を及ぼす恐れがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した方。

(5) その他のサービス利用料

- | | | |
|------------------|----------------------------|------------------|
| ①貴重品管理費 | 1日 | 50円 |
| ②テレビ貸出料 | 1日 | 52円 |
| ③コンセント使用料(1個につき) | 1日 | 52円 |
| ④喫茶 | 1回 | 52円 |
| ⑤行事経費 | 実費 | |
| ⑥市外受診等送迎サービス | (旧関市の区域を超えた地点から1kmにつき) 50円 | |
| 市外受診等付添援助サービス | 付添職員1名につき | |
| | 8:00~18:00の付添援助 | |
| | 1時間未満 | 2,600円 |
| | 1時間を超える場合 | 30分増すごとに1,300円追加 |
| | 6:00~8:00/18:00~22:00の付添援助 | |
| | 1時間未満 | 3,250円 |
| | 1時間を超える場合 | 30分増すごとに1,625円追加 |
| | 22:00~6:00の付添援助 | |
| | 1時間未満 | 3,900円 |
| | 1時間を超える場合 | 30分増すごとに1,950円追加 |
- 旧関市外(平成17年2月7日合併前の関市の区域外)の医療機関を受診される場合で施設職員にて送迎、付添援助を実施する場合に算定
- | | | |
|--------------|-------|--------|
| ⑦外出・外泊送迎サービス | 1回につき | 1,900円 |
|--------------|-------|--------|
- 個別に外出・外泊される場合で、当施設職員にて送迎を実施する場合に算定
ただし、職員が対応可能な場合に限る(旧関市内のみ)
- | | | |
|-------------|---------|----------|
| ⑧外出付添援助サービス | 職員1名につき | |
| | 1時間以内 | 2,000円/回 |
| | 2時間以内 | 3,000円/回 |
| | 3時間以内 | 4,000円/回 |

施設で定める行事計画以外に外出を希望される場合で、当該外出について施設職員が送迎、付添援助を実施する場合に算定

ただし、職員が対応可能な場合に限る(旧関市内のみ)

⑨特別な室料

平成23年2月増床部分における居室のうち、特別な設備を備えた居室について次の料金を従来型個室料金に上乗せして算定

- | | | |
|-------|--------|---|
| 居室A | 210円/日 | ・ユニット型により近い設計 |
| 居室A-S | 250円/日 | ・ユニット型により近い設計 ・インターネット利用環境を整備 ・川に面した居室配置 |
| 居室B | 530円/日 | ・ユニット型により近い設計 ・インターネット利用環境を整備 ・洗面台の設置 ・居室面積の違い |

8 苦情処理体制

| | | | |
|-------------|--------|-----------------|-----------------|
| 施設苦情処理窓口 | 施設担当者 | 介護部長 大矢悟史 | |
| | 問い合わせ先 | ほほえみ福寿の家 | 電話：0575-24-9570 |
| 外部苦情処理窓口 | 第三者委員 | 吉田宗弘 | 電話：0575-22-4561 |
| | 第三者委員 | 森島洋子 | 電話：0575-22-5545 |
| | 公的機関 | 関市役所高齢福祉課 | 電話：0575-22-3131 |
| | | 国民健康保険団体連合会 | 電話：058-275-9826 |
| 岐阜県運営適正化委員会 | | 電話：058-278-5136 | |

9 非常防災時の対応

| | | | |
|--------|----------------|-----------|----------|
| 防火管理者 | 副施設長 小池 靖 | | |
| 地域との連携 | 稲口自主防災組合と連携 | | |
| 防災訓練等 | 年2回実施（1回は夜間想定） | | |
| 防災設備 | 避難階段 | 誘導灯及び誘導標識 | 自動火災報知設備 |
| | 避難口 | 屋内消火栓設備 | 非常警報装置 |
| | 防火扉 | スプリンクラー | 非常電源 |
| | 非常通報装置 | | |

10 医療体制

嘱託医師が必要に応じて対応します。

協力医療機関はウェルネス高井クリニックと中濃厚生病院、関中央病院、関歯科医師会です。

11 事故発生時・緊急事態・異常事態対応体制

サービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行います。緊急事態・異常事態発生時には施設の緊急連絡体制に従って対応します。

12 サービスご利用上の留意事項

次の行為はご遠慮いただきます。

- ①宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、または自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- ②けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
- ③施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- ④指定した場所以外で火気を用いること。
- ⑤故意に施設若しくは物品に損害を与え、またはこれを持ち出すこと。

13 秘密保持について

業務上知り得た、ご本人及びご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様です。

ただし、介護サービス等を提供する他事業所との連携に必要な場合は、文書による本人または家族の同意を得た後、関係先にのみ提供できるものとします。

14 改定について

この重要事項説明書を改定する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知をもって同意を頂いたものとします。ただし、変更事項に同意できない場合は契約を解除できるものとします。

15 情報の公開について

サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容の記録は5年間保管し、ご利用者もしくはその代理人の請求に応じてその内容を公開する事とし、記録の閲覧、複写を求められることが出来ます。

本書面について、_____より説明を受けたことを理解し、説明内容について同意します。
また、上記に定められた料金を遅滞なく支払うことを誓約します。

平成 年 月 日

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

ご家族等 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

続 柄 _____