

様

重要事項説明書

長期入所

社会福祉法人うぐいす会
特別養護老人ホーム誉田園

特別養護老人ホーム誉田園

長期入所重要事項説明書

《R8.6.1 現在》

1 当施設が提供するサービスの相談窓口

責任者： 施設長 高橋 秀和
担当： 生活相談員 福井 洋子・永野 智恵
電話： 043-291-2524 （午前 9:00～午後 6:00）

2 サービス内容等に関する相談・苦情窓口

責任者： 施設長 高橋 秀和
担当： 生活相談員 福井 洋子・永野 智恵
電話： 043-291-2524 （午前 9:00～午後 6:00）

○ 上記の時間にて相談・苦情各種受け付けておりますので、ご不明な点、ご意見等御座いましたらお気軽にご連絡ください。

3 特別養護老人ホーム誉田園の概要

1) 施設の名称・所在地等

施設 名称： 特別養護老人ホーム 誉田園
所 在 地： 千葉県千葉市緑区高田町 1790-1（〒266-0003）
事業者番号： 介護老人福祉施設（千葉県 1270500190）

法人 種別： 社会福祉法人 うぐいす会
代表者役職： 理事長 宇野弘願

定款の目的に定めた事業： 第1種社会福祉事業
特別養護老人ホーム誉田園
第2種社会福祉事業
短期入所生活介護 誉田園

関連 施設： ○ケアハウス誉田園
○指定障がい者支援施設こころの風元気村・くくる
○居宅介護支援事業所はなみずき
○稲毛グループホーム
○障がい就労継続支援事業 風の村
○多機能型事業所からは〜い（障害）

(その他)

- ・ 3ヶ所の食堂にて、職員と共に家庭的な雰囲気での食事をおとり頂きます。
- ・ ご希望・体調等により食堂を選ぶ事が出来ます。
- ・ 状態に応じて粥・刻み・ミキサー食等をお選び頂けます。
- ・ 自力摂取の困難な方は、お手伝いをさせて頂きます。
- ・ 毎食後、必ず口腔ケアを行います。
- ・ お食事時間にご希望がありましたらお気軽にご相談下さい。可能な限り対応させて頂きます。

④入浴

：身体の状態により一般浴槽・特別浴槽・コンパクト車椅子入浴装置等を選択し、週二回以上の入浴が出来ます（但し、身体状況に応じ特別浴または清拭となる場合があります）。状態により、一部お手伝いさせて頂きます。

⑤介護

：その人らしさや個人を尊重し、自立に向けた援助を行います。また、残存機能を重視した介護を提供させて頂きます。施設サービス計画に沿って、着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等の介護を行います。

⑥機能訓練

：専門家による指導、毎日の生活リハビリによるプログラムの充実を図ります（毎朝1時間の歌、歌体操、学習療法、自由な生活環境等）。その他、機能訓練室や手摺等を利用して機能回復訓練も行います。

⑦健康管理

：提携病院等で下記の診察・投薬・健康管理等を行います。

（但し、診察・投薬は医療保険となり、別途医療費がかかります。
又、特別に個人が使用する衛生材料について実費がかかる場合があります。）

- ・ 毎月第2・4水曜日に提携病院医師による診察があります
年に一回以上健康診断を行います。
- ・ 看護師による健康管理指導を行います。
- ・ 服薬については看護師が責任を持って管理します。

医務責任者：若菜 美枝子

⑧生活相談

：随時、見学・ご相談・苦情を受け付けております。

⑨情報の公開

：介護・看護その他サービスに関わる記録・情報は常時開示いたしますので、お気軽にご相談ください。

5 利用料金

A ①施設利用料（平成 12 年 4 月 1 日以降入所の方）

介護度	1 日あたりの自己負担		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	629 円	1,258 円	1,887 円
要介護 2	704 円	1,408 円	2,112 円
要介護 3	782 円	1,564 円	2,346 円
要介護 4	857 円	1,713 円	2,570 円
要介護 5	930 円	1,861 円	2,791 円

【要介護度別単位数】

介護度 1：589 単位 介護度 2：659 単位 介護度 3：732 単位

介護度 4：802 単位 介護度 5：871 単位

【計算例・・・介護度 5 の方で負担割合 1 割、ご入居 1 ヶ月（30 日）の場合】

871 単位×10.68（地域加算）＝9,302 円（10 割分負担額）

9,302×0.9＝8,372 円（9 割分）

9,302 円－8,372 円×30 日＝ 27,900 円（1 割負担分）

※入所期間中に入院、又は自宅に外泊した期間の取り扱いについては、介護保険給付（福祉施設外泊時費用 1 日 246 単位月 6 日限度）の扱いとなります。

※「介護保険負担限度額認定申請書」を管轄行政窓口へ提出し、「介護保険負担限度額認定証」を交付された方は速やかに当事業所へ提出して下さい。対象者の方は居住費及び食費について同認定証に記載された金額を超えて当事業所が請求する事は御座いません。

※外泊又は入院等の場合による居住費について、お部屋が利用者のために確保されている場合には請求の対象となります。（上記認定証をお持ちの方は 6 日目までは負担限度適応を受けられますが、7 日目からは通常の料金が発生します）

※高齢夫婦世帯で上記認定証をお持ちでない方が入所する事により、ご自宅で生活される配偶者が生計困難にならないよう「特例減額措置」の制度がありますので対象と思われる方は、ご相談ください。

B 加算料金（条件が整った場合に限り算定）

※ 当事業所が以下の加算全てを算定している事を示すものではありません。

※ 加算体制に変更があった場合には、ご説明・同意を行います。

ア	配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間）	1 回につき	650 単位
イ	配置医師緊急時対応加算（深夜）	1 回につき	1300 単位
ウ	在宅復帰支援機能加算	1 回に限り	10 単位
エ	栄養マネジメント強化加算	1 日につき	11 単位
オ	再入所時栄養連携加算	1 回につき	200 単位

C	食費（所得に応じて減額がある）	1 日あたり	1700 円
D	居住費	1 日あたり	915 円
E	その他自己負担となるもの		
1	：理美容料金		実 費
2	：特別な飲食物の提供（通常の食事以外のもの）		実 費
3	：その他日用品等、必要なものを本人 家族が希望し購入されるもの		実 費
4	：クラブ活動にて、個々に購入したもの		実 費
5	：通院時の送迎費用（遠方の医療機関への交通費や高速料金）		実 費
6	：歯科・耳鼻咽喉科・皮膚科等を受診した場合の医療費		実 費
7	：個人使用の衛生材料費		実 費
8	：インフルエンザ予防接種		実 費
9	：記録複写物		1 枚 10 円
10	：個人使用の電話代（10 円×利用時間〔分〕）		実 費

6 料金支払い方法

毎月 10 日前後に確定される前月分利用料額を、発送された請求書や電話等にてご確認の上、当月 20 日までにお支払いください。お支払いを確認の上、領収証を発行いたします（医療費控除をなさる方は、その旨お知らせください）。お支払い方法は、現金支払い又は、銀行振り込みがございましたのでお願い致します。

9 非常災害対策

- ・ 防災時 : 訓練を受けた職員が指示・誘導します。
- ・ 防災設備 : 整備されています。
- ・ 防災訓練 : 年2回、昼間・夜間想定の避難訓練を行います。

10 緊急時の対応方法

入居者様に容態の変化があった場合は、速やかに医師等へ連絡するなど必要な処置を講ずる他、ご家族の方に直ちにご連絡致します。

- 医療に関する緊急時責任者 : 若菜 美枝子 (看護師)
- 提携病院 : おゆみの中央病院
- 協力病院 : 石渡歯科・四街道徳州会病院

11 サービス内容に関する相談・苦情

①当施設ご利用者相談・苦情担当

- 責任者 : 施設長 高橋 秀和
- 担当 : 生活相談員 福井 洋子・永野 智恵
- 連絡先 : 043-291-2524

※お問い合わせ、ご見学は、入所契約前後に関わらず随时お受けいたしております。

③第3者委員会

野中 芳徳、紺野 敏雄

③その他

当施設以外に、市町村の苦情相談窓口等でも受け付けております。

- ・ 千葉市緑区役所介護保険課 窓口 043-292-9491

※ 当説明事項は、常時閲覧出来る場所に保管・備え付けを行う事とする。

1 2 蒼田園個人情報取り扱いについて

- 1：居室・車椅子等へのネームプレートによる氏名表示
- 2：施設内の環境美化及び業務維持のための写真、氏名表示
- 3：緊急時又は管理上の呼び出し等（施設内放送等）
- 4：緊急時、指定されたご家族（代理人）様への連絡
- 5：医療機関への介護・支援状況報告書等の提出
- 6：転所等の施設（医療機関・社会福祉施設等）への情報提供
- 7：介護事業所・居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）等への情報提供
- 8：介護計画書作成のアセスメント及びケアカンファ等に必要な情報提供
- 9：ホームページ・機関紙等、配布物への画像利用（承諾を得ての利用）

○上記の目的に於いて、皆様の承諾を得、情報の取り扱いを行います事をご了承ください。追加・変更の場合は文書にてお知らせ致します。

重要事項説明書

以上、介護老人福祉施設入所にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 千葉市緑区高田町 1790-1

名 称 特別養護老人ホーム 誉田園

説明者 印

私は、契約書及び本書面により事業者から長期入所生活介護について重要事項の説明を受け、その内容を理解した上で同意いたします。

利用者

住所

氏名

印

連帯保証人

住所

氏名

続柄

印

身元引受人

住所

氏名

続柄

印

※利用者本人の判断能力に障害が見られる場合、必ず家族・成年後見人又は第三者立会人の下に契約・同意を交わす事とする。

特別養護老人ホーム 誉田園

委 任 状

私は、特別養護老人ホーム誉田園 施設長 高橋秀和 を代理人と定め下記の権限を委任します。

記

この度、特別養護老人ホーム誉田園に入所しました_____に関する金銭受理、支払いについての収受管理及び身の回り品・日用品の管理・購入・処分についての権限。

以上

令和 年 月 日

【本 人】 氏名 印

【身元引受人】 住所
氏名 印
電話 ()

住所以外の連絡先（勤務先等）

住所
氏名（名称）
電話 ()