

介 護 老 人 福 祉 施 設

【 特別養護老人ホーム
弘 前 大 清 水 ホ ー ム 】

重 要 事 項 説 明 書

1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人 藤 聖 母 園
(2)法人所在地 青森県青森市奥野3丁目7番地1号
(3)電話番号 017-723-1691
(4)代表者氏名 理事長 木 村 直 彦
(5)設立年月日 昭和21年5月2日

2. ご利用施設

- (1)施設の種類 指定介護老人福祉施設
平成12年4月1日指定 介護保険事業所番号(0270200587)
- (2)施設の目的 当施設は、介護保険法令に基づき、利用者が有する能力に応じた、可能な限りの自立支援を行うとともに、日常生活を営むために必要な居室及び共用施設をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
当施設は、身体的、生活的又は精神的に著しい障害があるために、常時介護を必要とし、自宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (3)施設の名称 特別養護老人ホーム 弘前大清水ホーム
- (4)施設所在地 青森県弘前市清原4丁目9-2
- (5)電話番号 0172-36-2266
- (6)施設長 久保田 洋子
- (7)施設運営方針 当施設は、老人福祉法の基本理念とカトリック精神を指針として、利用者に対する人間尊重の待遇、施設運営の適正化と健全な環境整備に努め、その社会的責任を果たすことを目的とします。
- (8)開設年月日 昭和48年2月1日
- (9)入所定員 80名

3. 居室設備の概要

定 員		80 名	静養室	2 室 2 床
居室	6 人部屋	6 室 (1 室 46.7 m ²)	医務室	1 室
		3 室 (1 室 40.6 m ²)	職員室	1 室
	4 人部屋	4 室 (1 室 29.0 m ²)	食 堂	1 室
	2 人部屋	3 室 (1 室 14.5 m ²)	ホ ー ル	1 室
		3 室 (1 室 19.1 m ²)	機能訓練室	1 室
浴室	中間浴室	1 室 (1 室 46.2 m ²)	談話室	1 室
	特別浴室	1 室 (1 室 24.3 m ²)	洗面・便所	19ヶ所 居室に設置

※入居される居室は、性別や利用者の心身の状況や居室の空き状況により、決定させていただきます。居室の変更については、契約者又は利用者から希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者自身もしくは他の利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、契約者又は利用者と協議の上決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、施設運営及び介護福祉サービスを提供するため、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	資 格	常 勤	非常勤 (パート)	合 計
園 長	社会福祉主事	1 名		1 名
事 務 職 員	社会福祉主事 (有資格 3 名)	3 名		3 名
生 活 相 談 員	社会福祉士、介護支援専門員	2 名		2 名
介護支援専門員(専従) 〃 (兼務)	介護福祉士 1 名 生活相談員、介護福祉士、 看護師 6 名	7 名		7 名
医 師	医師免許		3 名 (嘱託)	3 名
機 能 訓 練 指 導 員	看護師・理学療法士	1 名	2 名 (嘱託)	3 名
看 護 職 員	看護師・准看護師	6 名	1 名	7 名
介 護 職 員	介護福祉士 (有資格 3 4 名)	3 0 名	5 名	3 5 名
ハ ー ス ト ラ ル ・ ワ ー カ ー	基礎研修、初任者研修		2 名	2 名
介 護 助 手	初任者研修		3 名	3 名
管 理 栄 養 士	管理栄養士	1 名		1 名
栄 養 士	栄養士	1 名		1 名
調 理 職 員	調理師・栄養士	7 名	1 名	8 名
ボ イ ラ ー 技 士	2 級ボイラー技士	1 名		1 名
業 務 職 員		2 名	1 名	3 名

5. 協力医療機関

- ・なりた内科クリニック (内科、小児科、循環器科) 院 長： 成田 英俊
弘前市大字安原二丁目 1 番地 1 3
- ・弘前メディカルセンター (内科、呼吸器内科、老年内科等) 理事長： 対本 宗訓
弘前市大字大町二丁目 2 番地 9
- ・弘愛会病院 (内科、外科、老年内科等) 理事長・院長： 橘 正人
弘前市大字宮川三丁目 1 番地 4
- ・満天クリニック (精神科) 院 長： 八木橋 典子
弘前市大字笹森町 3 7 番地 2 7
- ・やまざき歯科 (歯科、小児歯科、口腔外科) 院 長： 山崎 尚之
弘前市大字大清水四丁目 1 0 番地 1 0
- ・吉田眼科 (眼科) 院 長： 吉田 恒一
弘前市大字代官町 1 0 8 番地

6. 当施設が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

(食事費用を除き通常90%が保険給付)

① 食 事

- ・当施設では、管理栄養士及び栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態及び、嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床し、ホール及び食堂にて、食事をしていただくようにしております。
(食事の配膳時間は次の通りです。)

朝 食	7 : 3 0
昼 食	1 2 : 0 0
夕 食	1 7 : 0 0

② 入 浴

- ・週に最低2回入浴していただけます。但し、身体の状態に応じて特別浴または清拭となる場合があります。

③ 介 護

- ・施設サービス計画に沿って、排泄、食事介助、おむつ交換、体位変換等、利用者の能力を最大限活用した介護援助を行います。

④ 機能訓練

- ・利用者の心身等の状態に応じて、残存機能の低下防止を図るため、リハビリ委員会を設置、又、リハビリ研修等、非常勤の理学療法士の指導のもと、介護、看護職員が実施します。

⑤ 生活相談

- ・生活相談員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑥ 健康管理

- ・医師や看護職員が健康管理を行い、年間2回以上の健康診断を実施します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

① 理美容

- ・当施設での、理美容サービスは1回につき¥1,500-をいただきます。

② 行政手続代行

- ・介護保険以外の行政手続きの代行を施設にて受け付けます。但し、手続きにかかる経費はその都度いただきます。

③ 日常費用支払代行

- ・介護以外の日常生活にかかる諸費用に関する支払いは施設で立替をし、翌25日に利用料と共に請求いたします。

④ レクリエーション行事活動

- ・主な行事予定については、「事業計画書」を参照して下さい。
- ・宿泊をともなう行事や買い物等は実費負担とします。
- ・クラブ活動は、内容によって参加費等実費を徴収することがあります。

⑤移送（個人的な事情による要請があった場合）

- ・施設から片道おおむね2km未満 100円
 - ・施設から片道おおむね2km以上1kmにつき 50円
- ※但し、入所、退所の移送は除きます。

7. 介護サービス利用料金

(1) 利用者のサービス利用料金（1日あたり）

・利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の金額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために、必要となる要項を記載した『サービス提供証明書』を交付します。

自己負担額

要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
介護費用	589円	659円	732円	802円	871円

※ 上記料金に

日常生活継続支援加算（Ⅰ）	（1日につき 36円）	配置医師緊急時対応加算	通常勤務時間外の場合
協力医療機関連携加算	（1月につき 5円）		1回につき 325円
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	（1月につき 150円）		早朝・夜間の場合
看護体制加算（Ⅰ）ロ	（1日につき 4円）		1回につき 650円
看護体制加算（Ⅱ）ロ	（1日につき 8円）		深夜の場合
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ	（1日につき 16円）		1回につき1,300円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	（1日につき 12円）	初期加算	（1日につき 30円）
個別機能訓練加算（Ⅱ）	（1月につき 20円）		※入所日から30日以内の期間
ADL維持等加算（Ⅰ）	（1月につき 30円）	外泊時在宅サービス利用	1日につき 560円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	（1日につき 3円）	したときの費用	※1月に6日を限度とする
若年性認知症入所者受入加算	（1日につき 120円）	入院・外泊時の費用	1日につき 246円
精神科医療療養指導加算	（1日につき 5円）		※1月に6日を限度とする
退所前訪問相談援助加算	2回限度 460円	※褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	（1月につき 3円）
退所後訪問相談援助加算	460円	※排せつ支援加算（Ⅰ）	（1月につき 10円）
退所時相談援助加算	400円	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき 50円）
退所前連携加算	500円	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	
看取り介護加算（Ⅱ）①	（1日につき 72円）		（基本サービス費＋総加算の一律14.0%）
	※死亡日前31～45日以下	新興感染症等施設療養費	（1日につき 240円）
看取り介護加算（Ⅱ）②	（1日につき 144円）		※1月に5日限度
	※死亡日前4～30日以下	特別通院送迎加算	（1月につき 594円）
看取り介護加算（Ⅱ）③	（1日につき 780円）	安全対策体制加算	（1回のみ 20円）
	※死亡日前日及び前々日		※入所時に1回のみ
看取り介護加算（Ⅱ）④	（1日につき1,580円）	介護老人福祉施設サービス費	（利用者負担分10%）
退所時情報提供加算	（1回につき 250円）		
退所時栄養情報連携加算	（1回につき 50円）		
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（1月につき 100円）		
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき 10円）		
栄養マネジメント強化加算	（1日につき 11円）		

※ 65歳以上の方で、合計所得金額が160万円以上の方の利用者負担分は年金収入等に応じた負担となります。

※ 単身世帯で年金収入のみの場合 年金収入等280万円以上～340万円未満の場合 20%
年金収入等340万円以上 30%

(2) 基準費用額（1日あたり）

居住費：915円、食費：1,445円（合計2,360円）

※ なお、各市町村（保険者）において特定入居者に認定された方は各々の負担限度額が適用されます。

負担限度額（特定入居者）	利用者負担第一段階	：居住費	1日につき	0円
		食費	1日につき	300円
	利用者負担第二段階	：居住費	1日につき	430円
		食費	1日につき	390円
	利用者負担第三段階①	：居住費	1日につき	430円
		食費	1日につき	650円
	利用者負担第三段階②	：居住費	1日につき	430円
		食費	1日につき	1,360円

(3) 入院又は外泊された場合の利用料金（6日以内）

I. サービス利用料金（基準額）	1日	2,460円
II. 介護保険から給付される金額（基準額）	1日	2,214円
III. 自己負担額（I－II）（基準額）	1日	246円

(4) 退所時の援助をした場合の利用料金

I. 退所前後訪問相談援助加算（2回以内）	460円
II. 退所時相談援助加算（1回のみ）	400円
III. 退所前連携加算（1回のみ）	500円

8. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご家族、法人本部に連絡するとともに弘前市健康福祉部介護福祉課に連絡する等必要な措置を講じます。

又、利用者に対して当施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお当施設は賠償資力の担保の為にあいおい損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

9. 苦情の受付

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は下記職員が承ります。

主任生活相談員 千葉 昌平、事務長 比 内 祥

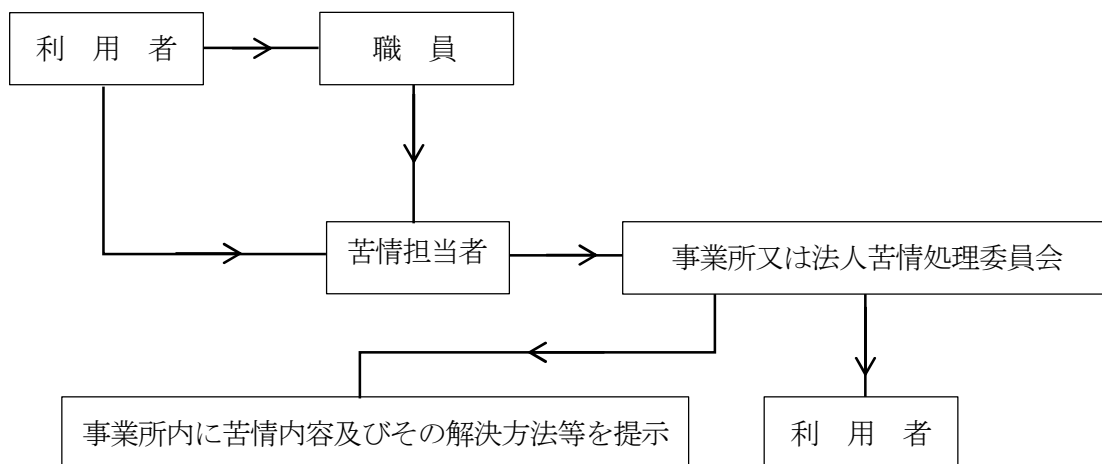
手順：受付→苦情処理委員会（第三者委員）→法人苦情処理委員会→広報紙等により報告

②当法人苦情処理委員会

- ・法人役員、学識経験者、施設長、施設職員、地域住民等外部関係者によって構成され、適切に処理されます。

③苦情処理体制

苦情処理フロー



(2)行政機関の相談・苦情受付機関

①介護認定の不服申し立て・・・受付機関：青森県庁 高齢福祉保険課 介護保険審査会
所在地：青森市長島1丁目1-1
電話番号：017-734-9299
受付時間：9:00～16:45

②介護給付関係、サービス内容について・・・受付機関：青森県 国民健康保険団体連合会
所在地：青森市新町2丁目4-1 青森県共同ビル 3F
電話番号：017-723-1336
受付時間：9:00～16:45

③総括的相談窓口・・・受付期間：弘前市 健康福祉部介護福祉課
所在地：弘前市上白銀町1丁目1
電話番号：0172-35-1111 内線521
受付時間：9:00～16:45

10. 秘密の保持について

当施設及び職員は、業務上知り得た利用者及びそのご家族の秘密を保守します。

11. 利用料金のお支払い方法

I. 下記の指定口座へ振込

青森みちのく銀行 弘前営業部 普通口座 2611121

弘前大清水ホーム 園長 久保田 洋子

※利用料金の他に振込手数料が発生します。(利用者負担)

II. 金融機関口座からの自動振替

ご利用できる金融機関：青森みちのく銀行 各本支店

※自動振替の手数料はかかりません。

自己負担額の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した金額とします。)

※ 但し、中途解約・契約解除される場合は、退所される当日の精算となります。

令和 年 月 日

指定介護福祉サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 弘前大清水ホーム

説明者職名 主任生活相談員 氏 名 千 葉 昌 平 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業所から重要事項説明書の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

契 約 者 住所
(利用者)

氏名 _____ 印

身元引受人 住所
(代理人)

氏名 _____ 印