

指定介護老人福祉施設
特別養護老人ホーム 蓬生園重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
介護保険指定番号—青森県指定第0272000274号

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 わとなーる
 (2) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田 397 番地
 (3) 電話番号 0174-27-3445
 (4) F A X 0174-27-3457
 (5) 代表者 理事長 村元 裕
 (6) 設立年月日 平成8年4月1日

2. 利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設
 (2) 施設長 岡本 剛
 (3) 定員 50名

3. 職員配置

職名	常勤	非常勤	計	業務内容
施設長(管理者)	1名		1名	・業務の管理等
医師		1名	1名	・利用者の医療に関すること ・定期回診等
介護支援専門員	1名		1名	・介護サービス計画作成及び実施 ・利用者の生活の把握等
生活相談員	1名	1名	2名	・入所者及び家族等の相談窓口 ・利用者の生活の把握等
管理栄養士	1名	名	1名	・入所者の栄養管理及び栄養指導
栄養士	1名	1名	2名	・管理栄養士との連携による食事の献立、 栄養指導等
介護職員	20名	3名	23名	・入浴、排泄、食事等の生活全般にわたる 援助等
看護職員	3名	1名	4名	・利用者の健康管理、医療機関との連絡 調整等
機能訓練指導員		1名	1名	・リハビリ指導、訓練計画作成等
その他職員	3名	名	3名	・事務等、その他業務

※併設（介護予防）短期入所生活介護も兼ねる。

4. 施設の概要

居室	4人部屋	7室	静養室	1室
	2人部屋	4室	医務室	1室
	個室	24室	食堂	1室
浴室	一般浴、特殊機械浴槽		機能訓練室	1室
			談話室	1室

5. 提供するサービス内容

(1) 食事

- ・管理栄養士（栄養士）の立てる献立により、栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・可能な限り離床して食堂で食事をとることを支援します。

（食事時間）

朝食 7：30 昼食 12：00 夕食 18：00

(2) 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

(3) 排泄

- ・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を活用した援助を行います。

(4) 機能訓練

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復又は減退を防止するための訓練を行います。

(5) 健康管理

- ・医師・看護職員が、健康管理を行います。

(6) 栄養管理

- ・栄養状態の維持及び改善を図り、利用者の栄養状態や摂取状況に応じた栄養管理を行います。

(7) 口腔衛生の管理

- ・利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

(8) その他の自立支援

- ・寝たきり防止のため、利用者の身体状況を考慮しながら、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

(9) 特別食の提供

- ・利用者から要望があれば、実施できるものについて相談しながら実施します。

(10) 理容サービス

- ・月に2回、理容師の出張による理髪サービスがあります。

(11) レクリエーション

- ・活気や潤いのある生活を送れるよう、季節に応じ園内・外の活動を企画します。

6. 利用料金

(1) 施設入所者介護サービス費（1日あたりの基本料金）

(単位：円 / 日)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
従来型個室・多床室	589	659	732	802	871

注) 本人の収入（年金等）により減額になる場合があります。

(2) 居住費

①従来型個室・・・1日 1, 231円

②多床室・・・1日 915円

(負担段階 第1段階～第4段階に区分されます。) (単位：円 / 日)

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
従来型個室	380	480	880	880	1,231
多床室	0	430	430	430	915

※1 次のいずれかに該当する利用者に対しては多床室と同額の料金とする。

イ 感染症等により、従来型個室の利用の必要性があると医師が判断した者

ロ 著しい精神症状等により、同室の他の利用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、従来型個室の利用の必要性があると医師が判断した者。

※2 入所者が入院・外泊した場合でも居室が確保されている場合は、居住費を請求します。但し、補足給付が支給されている入所者については、外泊時加算の対象期間とする。

(3) 食費・・・1日 1, 445円（朝食405円、昼食530円、夕食510円）

(負担段階第1段階～第4段階に区分されます。) (単位：円 / 日)

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費	300	390	650	1,360	1,445

(4) 加算について

介護サービス費に事業所の体制や実施可否により、介護保険法等関係諸法令により定められた以下の項目の金額が加算されます。体制整備や実施がされた場合は、都度準じた加算を算定します。(単位：円)

加算項目	加算額等	算定要件の抜粋等
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36/日	入所者の介護度、有資格職員の数により算定
看護体制加算(Ⅰ)イ	6/日	看護師の配置
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	22/日	夜勤職員を基準数以上配置
ADL維持等加算(Ⅰ)	30/月	ADL 値の測定と LIFE への情報提出と活用
ADL維持等加算(Ⅱ)	60/月	
若年性認知症入所者受入加算	120/日	個別の担当者を定める
外泊時加算	246/日	入院や外泊の初日及び最終日を除き月に6日間に限り(空床利用時は未算定)
初期加算	30/日	入所後30日間に限り 30日以上入院後の再入所も同様
療養食加算	6/回	1日3回を限度に療養食提供時に算定
看取り介護加算(Ⅰ)	72/日	医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと判断した利用者に、共同で計画を作成 同意により実施 看取り介護の期間に応じ算定
	144/日	
	680/日	
	1280/日	
認知所専門ケア加算(Ⅰ)	3/日	認知症利用者の割合
認知所専門ケア加算(Ⅱ)	4/日	認知症に関する専門性の高い職員を配置
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3/日	褥瘡計画を共同で作成、1/3 か月評価 褥瘡発生の有無など LIFE への情報提出と活用
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13/日	
排せつ支援加算(Ⅰ)	10/日	共同での計画作成と分析、1/3 か月評価 改善や状態維持 LIFE への情報提出と活用
排せつ支援加算(Ⅱ)	15/日	
排せつ支援加算(Ⅲ)	20/日	
自立支援促進加算	280/月	医師が入所者ごとに1/3 か月医学的に評価 LIFE への情報提出と活用
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40/月	利用者ごとの ADL・栄養状態・口腔機能、 認知症等を LIFE へ情報提出と活用
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50/月	
サービス提供体制加算(Ⅰ)	22/日	職員の有資格者数や勤続年数の割合に応じて算定
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18/日	
サービス提供体制加算(Ⅲ)	6/日	
介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)14.0% (Ⅱ)13.6% (Ⅲ)11.3% (Ⅳ)9.0%	事業者が行う介護職員の処遇改善等により、 利用料に所定の割合を乗じて算定

(5) その他の費用

- ① 特別食 特別食を提供した場合は実費
(基本食事サービス費相当額を控除した額) 負担となります。
- ① 理美容費 料金は実費 2, 0 0 0 円となります。
- ② 私物の洗濯代 料金は実費となります。(クリーニング業者)
- ③ 健康管理費 料金 (インフルエンザ予防接種等) は実費となります。
上記の他レクリエーション費用、教養娯楽として、園内行事、クラブ活動があります。教材費については実費負担となります。

(6) 支払方法は銀行振込、または J A 及びゆうちょ銀行口座引落としです。

7. 入所中の医療の提供

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	福士胃腸科循環器科医院
所在地	青森市千富町 1 - 4 - 1 6
診療科	内科、胃腸科、循環器科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	ミナトヤ歯科
所在地	青森市桂木 4 - 4 - 1 0
診療科	歯科

8. 施設を退所する場合 (契約の終了)

- (1) 当施設との契約では、終了する期日は特に決めていませんが、以下のよう
な事項に該当する場合、契約は終了し、退所して頂く事になります。
- ① 要介護認定により、自立または要支援と判断された場合。
- ② 契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、
故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続し
がたい重要な事情を生じさせた場合。
- ③ サービス利用料金の支払いが、3 ヶ月以上遅延し料金を支払うよう催告
したにも係らず、1 4 日以内に支払われない場合。
- ④ 契約者が、故意又は重大な過失により、事業者又はサービス従事者もし
しくは、他の利用者の生命、身体、財物、信用等を傷つけ、又は著しい不信
行為を行うことなどで、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた
場合。
- ⑤ 契約者が連続して 3 ヶ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれ
る場合、もしくは入院した場合。
- ⑥ 契約者死亡の場合。

(2) 円滑な退所のための援助

- ① 適切な病院等もしくは福祉施設等の紹介。
- ② その他保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介。

9. 緊急時の対応

ご利用者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方にご連絡いたします。

緊急連絡先			
氏 名		続 柄	
住 所			
電話番号			

10. 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、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当施設の介護サービスにより、ご利用者に対して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。

11. 非常災害時の対策

(1) 非常時の対応

特別養護老人ホーム蓬生園消防計画により対応します。

(2) 防災設備

屋内消火栓、消火器、スプリンクラー設備、防火扉、自動火災報知機、非常警報装置、誘導灯、火災通報装置、自家発電設備、蓄電池設備

(3) 防災訓練

年2回以上、防災訓練と夜間及び自然災害を想定した避難訓練を実施しています。

(4) 防火管理者 山口 聡

12. サービス内容に関する苦情

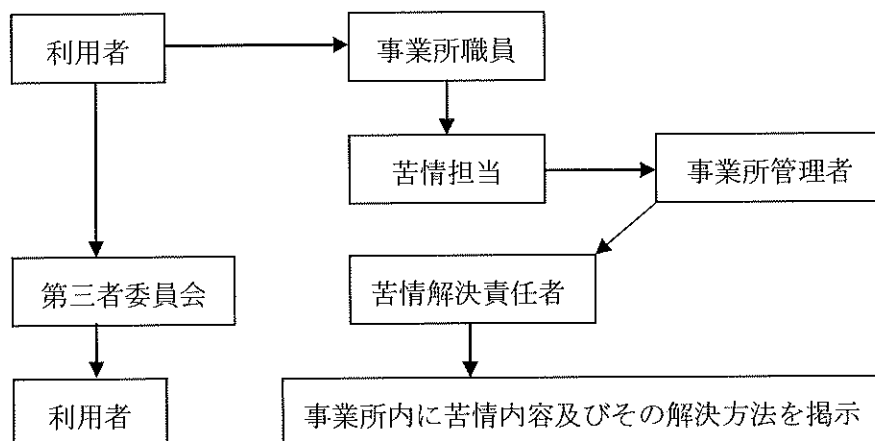
(1) 当事業所お客様相談・苦情担当者及び責任者

責任者 岡本 剛 担当 山口 聡

電話番号 0174-27-3445

受付時間 午前8時30分～午後5時30分

(2) 苦情処理体制



(3) 行政機関その他苦情受付機関

- 1) 機関名 蓬田村役場 住民課 介護保険担当
所在地 青森県東津軽郡蓬田村蓬田汐越1-3
電話番号 0174-27-2111
- 2) 機関名 外ヶ浜町役場 福祉課 介護保険担当
所在地 青森市東津軽郡外ヶ浜町字蟹田高銅屋44-2
電話番号 0174-22-2941
- 3) 機関名 青森市役所駅前庁舎 福祉部 高齢者支援課
所在地 青森県青森市新町一丁目3-7
電話番号 017-734-5362
- 4) 機関名 青森県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理委員会
所在地 青森県青森市新町二丁目4番1号 青森県共同ビル3F
電話番号 017-723-1336
- 5) 機関名 青森県運営適正化委員会
所在地 青森県青森市中央三丁目20番30号
電話番号 017-731-3039

13. 当施設のサービスを受けていただくための留意事項

(1) 面会

面会時間は原則として自由です。

但し、感染症が流行している時期などは面会を制限させていただく場合があります。

(2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、行き先と時間を職員にお申し出ください。但し、感染症が流行している時期などは外出を控えていただく場合があります。

(3) 持参品・金品

自分の居室に納まる分は持ち込み自由です。ただし、契約者又は他の利用者の生活に著しく支障や危険を負わせる可能性があるとして判断された物に関しては、持ち込むことはできません。あらかじめ施設側にご相談下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。その場合は食事に係る自己負担額は免除されます。

(5) 施設・設備

施設・設備を著しく破損又は汚した場合には、修理に係る費用をお支払いいただく場合があります。

1 4. 秘密の保持について

- (1) 事業者及び従業者は正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (2) 従業者であったものは、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。

1 5. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。但し、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を鑑み、相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合もあります。なお、当事業所は下記の保険会社と損害賠償責任保険契約を結んでおります。

＜保険会社＞ 東京海上日動火災保険株式会社

＜代理店＞ バリユー・エージェント

令和 年 月 日

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム蓬生園のサービス提供の開始に
際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田 3 9 7
名 称 指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム蓬生園

説明者 氏名 _____ 印 _____

私は、本書面にに基づき事業者から指定介護老人福祉施設についての重要事項
の説明を受け説明内容について同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

続柄 _____