

特 別 養 護 老 人 ホ ー ム

エ ル ン テ ハ イ ム

重要事項説明書

社会福祉法人 正寿庵会

介護老人福祉施設重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 正寿庵会
所在地	福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 5 5 - 3
電話番号	0 9 4 4 - 7 2 - 9 0 5 3
代表者氏名	理事長 高須 実生
設立年月日	平成 2 年 7 月 6 日

(2) 施設概要

施設の種類	指定介護老人福祉施設
指定番号	4 0 7 8 9 0 0 1 9 0
施設の名称	特別養護老人ホーム エルンテハイム
所在地	福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 9 4 - 2
電話番号	0 9 4 4 - 7 4 - 8 6 5 5
施設長名	高須 実生
施設の運営方針	福祉サービスを必要とする者が心身ともに健やかに育成され、又は社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるとともに、その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要なサービスを総合的に提供されるように支援します。
開設年月日	平成 15 年 9 月 1 日
入居定員	5 0 名

(3) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室	1 0 室	居室は介護保険上の従来型に属する
多床室（4人部屋）	1 0 室	
合計	2 0 室	
食堂	5 室	各ユニット毎に設置
機能訓練室	5 室	〃
浴室	3 室	特殊浴槽、家庭用の浴槽
医務室	1 室	
静養室	3 室	

* お部屋は、ご利用者様の心身の状況や、居室の空き状況等により決定します。

(4) 事業所の職員体制(主たる職員)

	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	1		1	業務の一元的な管理
医師		1	1	健康管理、療養上の指導
介護支援専門員	1		1	介護サービス計画作成
生活相談員	1		1	生活指導及び相談
看護職員	3		3	健康管理、保健衛生管理
介護職員	22	6	28	介護業務
機能訓練指導員	1		1	機能訓練
管理栄養士	1		1	栄養管理・献立作成
事務職員	2		2	必要な事務

	勤務時間	
管理者	9:00～18:00	
医師	毎週 火・金 13:30～14:30	
介護支援専門員	9:00～18:00	
生活相談員	9:00～18:00	
看護職員	L 8:30～17:30 C 9:00～18:00	K 10:00～19:00 M 9:00～16:00
介護職員	A 7:30～16:30 C 9:00～18:00 D 9:00～13:00 T 7:30～13:30 W 7:30～11:30 S 9:30～18:30	B 10:30～19:30 K 10:00～19:00 E 14:00～18:00 U 13:30～19:30 Y 15:30～19:30 夜勤 16:30～9:30
機能訓練指導員	J 8:00～17:00	B 10:30～19:30
管理栄養士	9:00～18:00	
事務職員	9:00～18:00	

(5) サービス内容

食事	管理栄養士が立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 11:40～ 夕食 17:30～ 食事の時間、メニュー、食事の場所等についてのご要望がある場合は申し出てください。
入浴	入浴又は清拭を週2回以上行います。又寝たきりの方でも機械浴槽を利用して安全に入浴できます。
排泄	入居者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。各居室にトイレがあります。

離床着替え整容など	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は随時実施します。 ・入居者の状況に応じて適切な口腔ケアを行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、ご利用者の心身の状況に適合した機能訓練を行い、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為の訓練を実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師や看護師が、健康管理を行います。 ・緊急時必要な場合には、嘱託医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。
相談援助	入居者及びその御家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努力します。
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・施設での生活を実りあるものとするため、レクリエーション活動やクラブ活動などを行います。(材料費などについて、入居者若しくはその御家族に別途、費用をご負担していただくことがあります。) ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者及び御家族の状況によっては、代行いたします。

2. 利用料金

(1) 一般的なサービス利用料金

利用者の要介護度に応じて利用料金は異なります。

介護保険から給付される金額(7割～9割)を除く費用(1割～3割)が利用者の負担額となります。

基本料金のほかに、居住費や食費が必要になります。

※介護保険負担割合証に記載してある利用者負担が2割又は3割の方は、利用者負担額は2割又は3割負担となります。

【サービス費】介護福祉サービス費 (I) (II) (1日あたり)

		サービス費(総額)	利用者負担額
要介護1	個室	5,890円	589円(1割)・1,178円(2割) 1,767円(3割)
	多床室	5,890円	589円(1割)・1,178円(2割) 1,767円(3割)
要介護2	個室	6,590円	659円(1割)・1,318円(2割) 1,977円(3割)
	多床室	6,590円	659円(1割)・1,318円(2割) 1,977円(3割)

要介護3	個室	7,320円	732円(1割)・1,464円(2割) 2,196円(3割)
	多床室	7,320円	732円(1割)・1,464円(2割) 2,196円(3割)
要介護4	個室	8,020円	802円(1割)・1,604円(2割) 2,406円(3割)
	多床室	8,020円	802円(1割)・1,604円(2割) 2,406円(3割)
要介護5	個室	8,710円	871円(1割)・1,742円(2割) 2,613円(3割)
	多床室	8,710円	871円(1割)・1,742円(2割) 2,613円(3割)

《加算》

	サービス費	利用者負担額
看護体制加算(Ⅰ)	60円/日	6円(1割)12円(2割) 18円(3割)
看護体制加算(Ⅱ)	130円/日	13円(1割)26円(2割) 39円(3割)
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	220円/日	22円(1割)44円(2割) 66円(3割)
療養食加算	60円/1食	6円(1割)12円(2割) 18円(3割)(1食)
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	360円/日	36円(1割)72円(2割) 108円(3割)
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	500円/月	50円(1割)100円(2割) 150円(3割)
栄養マネジメント強化加算	110円/日	11円(1割)22円(2割) 33円(3割)
個別機能訓練加算(Ⅰ)	120円/日	12円(1割)24円(2割) 36円(3割)
個別機能訓練加算(Ⅱ)	200円/月	20円(1割)40円(2割) 60円(3割)
介護職員等处遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数×加算率(14%)×1単位の単価 (利用者負担額は1割～3割)	

*医師の発行する食事箋に基づき提供された心臓疾患等の減塩食、糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な検査食を提供された方には療養食加算を算定します。

【居住費】

区 分	多床室	個 室	入院7日目からの居住費	
利用者負担第一段階	0円	380円	210円	360円
利用者負担第二段階	430円	480円	310円	460円
利用者負担第三段階	430円	880円	310円	560円
利用者負担第四段階以上の方	915円	1,231円	610円	1,060円

【食費】

	金 額		
	朝 食	昼 食	夕 食
食 費	421円	522円	502円

区 分	金 額
利用者負担第一段階	300円
利用者負担第二段階	390円
利用者負担第三段階①	650円
利用者負担第三段階②	1,360円
利用者負担第四段階以上の方	1,445円

※利用者負担の段階に応じた料金内での負担金となります。

《入居時初期加算》

(1日あたり)

	サービス費	利用者負担額
初期加算	300円	30円(1割)・60円(2割)・90円(3割)

○ 入居された日又は30日を越える入院後から再入居されたとき、再入所後30日以内の期間、上記サービス費に加算されます。

《安全対策体制加算》

(入所時1回)

	サービス費	利用者負担額
安全対策体制加算	200円	20円(1割)・40円(2割)・60円(3割)

入所期間中の料金計算例

要介護度5の利用者様の1ヶ月の利用料金（1割の方 居住費：第4段階 食費：第4段階）

科目名	多 床 室		個 室	
	1日あたりの金額	1ヶ月の金額	1日あたりの金額	1ヶ月の金額
施設サービス費	871円	27,001円	871円	27,001円
看護体制加算（Ⅰ）	6円	186円	6円	186円
看護体制加算（Ⅱ）	13円	403円	13円	403円
夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	22円	682円	22円	682円
日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36円	1,116円	36円	1,116円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）		50円		50円
栄養マネジメント強化加算	11円	341円	11円	341円
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12円	372円	12円	372円
個別機能訓練加算（Ⅱ）		20円		20円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	（注1）		（注2）	
居住費	915円	28,365円	1,231円	38,161円
食費	1,445円	44,795円	1,445円	44,795円
合計額	3,271円	105,695円	3,647円	117,351円

※1日あたりの合計額には介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)は含まれておりません。

（注1）計算例（多床室）

871円（施設サービス費）＋6円（看護体制加算Ⅰ）＋13円（看護体制加算Ⅱ）＋22円（夜勤職員配置加算Ⅰイ）＋36円（日常生活継続支援加算）＋12円（個別機能訓練加算Ⅰ）＋11円（栄養マネジメント強化加算）＝971円

971円（単位数）×31日（1カ月）＋50円（科学的介護推進体制加算Ⅱ）＋20円（個別機能訓練加算Ⅱ）＝30,171円（合計単位数）

30,171円（合計単位数）×14%（加算率）
＝4223.9円 → 4,224円（小数点以下四捨五入）

（注2）計算例（個室）

871円（施設サービス費）＋6円（看護体制加算Ⅰ）＋13円（看護体制加算Ⅱ）＋22円（夜勤

職員配置加算Ⅰイ) + 36円 (日常生活継続支援加算) + 12円 (個別機能訓練加算Ⅰ) + 11円
(栄養マネジメント強化加算) = 971円

971円 (単位数) × 31日 (1ヵ月) + 50円 (科学的介護推進体制加算Ⅱ) + 20円 (個別機能
訓練加算Ⅱ) = 30,171円 (合計単位数)

30,171円 (合計単位数) × 14% (加算率)
= 4223.9円 → 4,224円 (小数点以下四捨五入)

上記試算は1ヶ月 = 31日で計算

療養食対象の方は1食につき6円・12円・18円の負担が別途必要です。

《退所時援助加算》

- ①退所前訪問相談援助加算 460円
*入所中1回(入所後早期に必要と認められる方は2回)
- ②退所後訪問相談援助加算 460円
*退所後1回
- ③退所時相談援助加算 400円
*退所後1回
- ④退所前連携加算 500円
*退所後1回

《看取り介護加算Ⅰ》

- ・死亡日45日前～31日前 (1日あたり) 72円
- ・死亡日30日前～4日前 (1日あたり) 144円
- ・死亡日前々日前、前日 (1日あたり) 680円
- ・死亡日 1,280円

《口腔衛生管理加算Ⅱ》

- ・1月あたり 110円

《高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ》

- ・1月あたり 10円

《生産性向上推進体制加算Ⅰ》

- ・1月あたり 100円

《配置医師緊急時対応加算》

- ・配置医師の通常の勤務時間以外の場合 325円/回
(早朝・夜間及び深夜を除く)

- ・早朝、夜間の場合 650円/回
- ・深夜の場合 1,300円/回

※上記加算は1割での記載となっております。

※上記加算は条件に応じての算定となります。

(2) 入院や外泊に伴うサービス料金

利用者が入院や外泊をされた場合は、別の料金体系となります。(1日あたり)

	サービス費	利用者負担額
外泊・入院時の利用料金	2,460円	246円(1割)・492円(2割) 738円(3割)

○1ヶ月に6日を限度に算定します。

例1) 月をまたがらず入院(外泊)した場合《入院(外泊)期間：3月1日～3月10日》
中 外 外 外 外 外 外 外 外 中

3/1	3/2	3/3	3/4	3/5	3/6	3/7	3/8	3/9	3/10
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

例1) 外泊・入院期間中の計算例(要介護度5：利用者負担段階4以上) 1割の方

期 間	施設サービス費		居 住 費		外泊時費用		1日あたりの費用		その他
	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	
3/1 外泊又は入院された日	871	871	915	1,231	0	0	1,786	2,102	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) 夜勤職員配置加算 日常生活継続支援加算 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ) 科学的介護推進体制加算 栄養マネジメント強化加算 食費(食事をした場合) 介護職員等処遇改善加算
3/2～3/7 外泊時費用の対象となる日	0	0	915	1,231	246	246	1,161	1,477	介護職員等処遇改善加算
3/8～3/9 外泊時費用の対象とならない日	0	0	610	1,060	0	0	610	1,060	
3/10 施設へもどられた日	871	871	915	1,231	0	0	1,786	2,102	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) 夜勤職員配置加算 日常生活継続支援加算 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ) 科学的介護推進体制加算 栄養マネジメント強化加算 食費(食事をした場合) 介護職員等処遇改善加算
3/1～3/10日までの支払い合計額							① 11,758	② 15,186	

① $1,786 + (1,161 \times 6) + (610 \times 2) + 1,786 = 11,758$ 円

② $2,102 + (1,477 \times 6) + (1,060 \times 2) + 2,102 = 15,186$ 円

例2) 月をまたがり入院(外泊)した場合《入院(外泊)期間：3月25日～4月9日》
中 外 外 外 外 外 外 外 外 中

3/25	3/26	3/27	・・・	4/5	4/6	4/7	4/8	4/9
------	------	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*月をまたがれば最大12日まで可能です。

*外泊・入院期間の6日間は通常の居住費をお支払いいただきます。それ以後については別途に定めた居住費をお支払いいただきます。

例2) 外泊入院期間中の計算例(要介護度5:利用者負担4段階以上) 1割の方

期 間	施設サービス費		居 住 費		外泊時費用		1日あたりの費用		その他
	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	
3/25 外泊又は入院された日	871	871	915	1,231	0	0	1,786	2,102	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) 夜勤職員配置加算 日常生活継続支援加算 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ) 科学的介護推進体制加算 栄養マネジメント強化加算 食費(食事をした場合) 介護職員等処遇改善加算
3/26~4/6 外泊時費用の対象となる日	0	0	915	1,231	246	246	1,161	1,477	介護職員等処遇改善加算
4/7~4/8 外泊時費用の対象とならない日	0	0	610	1,060	0	0	610	1,060	
4/9 施設へもどられた日	871	871	915	1,231	0	0	1,786	2,102	看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) 夜勤職員配置加算 日常生活継続支援加算 個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ) 科学的介護推進体制加算 栄養マネジメント強化加算 食費(食事をした場合) 介護職員等処遇改善加算
3/25~4/9日までの支払い合計額							① 18,724	② 24,048	

① $1,786 + (1,161 \times 12) \times (610 \times 2) + 1,786 = 18,724$ 円

② $2,102 + (1,477 \times 12) + (1,060 \times 2) + 2,102 = 24,048$ 円

(3) その他

【介護保険の対象外サービス】

	利用者負担金額
特別な食事	利用者のご希望に基づいて特別な食事(酒などを含みます)を提供します。*実費負担となります。
理髪・美容	理美容師による理髪サービスをご利用いただけます。 *実費負担となります。
医 療 費	傷病などにて医療機関による通院や入院を行ったり往診を受けたりした場合は医療保険適用により別途自己負担していただきます。但し、嘱託医師などによる健康管理や療養指導については、この限りではありません。
レクリエーション・クラブ活動	要した費用の実費
日常生活上必要な諸費用	日常生活用品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担頂くことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

○おむつ代は介護保険給付対象になっていますので、ご負担の必要はありません。

○介護保険の適用がある場合は、サービス費の1割~3割が利用者負担金になります。

○保険料の滞納等により、サービス費の1割～3割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要になります。

(4) 貴重品の管理について

原則として貴重品等のお預かりは出来ません。御家族の方で貴重品の管理をお願い致します。(但し、諸事情がある方についてはこの限りではありません。)

(5) 利用者負担金のお支払方法

前記2の利用料金の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求致しますので、翌月25日までに以下の方法でお支払いください。(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致します。)

お支払いいただきますと領収証を発行します。

① 郵便貯金の自動払込によるお支払い

毎月25日に指定の郵便貯金口座より引き落とします。

② お振込みによるお支払い

大牟田柳川信用金庫 柳川営業部 普通預金 0060816 社会福祉法人 正寿庵会 理事長 高須 実生

ゆうちょ銀行 普通貯金 17490-59404621 社会福祉法人 正寿庵会

③ 施設窓口によるお支払い

(月曜日～金曜日 AM10:00～PM 5:00)

3. 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご入居者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることが出来ます。

① 協力医療機関

医療機関の名称	中川ごうクリニック
所在地	福岡県柳川市三橋町木元368-5
診療科	泌尿器科

医療機関の名称	長田病院
所在地	福岡県柳川市下宮永町523-1
診療科	内科、循環器科

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	石田歯科医院
所在地	福岡県柳川市三橋町久末842-2

4. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム エルンテハイム 消防計画」にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「特別養護老人ホーム エルンテハイム 消防計画」にのっとり避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
消防計画など	消防署への届出日：平成28年1月5日 防火管理者：高須 実生

5. サービス利用にあたっての留意事項

面会時間	<ul style="list-style-type: none"> * 1回につき30分（予約制） * 飲食物の過度のお持込はご遠慮してください。また、面会時は必ずその都度職員に届けてください。
外泊、外出	<ul style="list-style-type: none"> * 外出・外泊する場合は事前に事業者へ届けてください。 外出、外泊時にはご家族の引率が必要です。
医療機関	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者に医療が必要になった場合、やむ得ない場合を除き、当施設の協力医療機関へ受診していただくことになります。
所持品の管理	<ul style="list-style-type: none"> * 衣類や日常生活に必要な品物以外は原則として持ち込むことが出来ません。スペースに限りがあります。 * 衣料等は季節ごとの衣替えをお願いします。不要な衣類等はご家族で管理をお願いします。 * 所持品には必ず名前を明記してください。 * 大金や高価な品物の所持はご遠慮ください。
施設、設備の利用	<ul style="list-style-type: none"> * 施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従って利用してください。故意に壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の自己負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
宗教活動	<ul style="list-style-type: none"> * 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼす宗教活動、政治活動、営業活動を行うことは出来ません。
飲酒・喫煙	<ul style="list-style-type: none"> * 健康管理上、飲酒は制限、管理させていただきます。 * アルコール類の居室への持込は出来ません。 * タバコはステーションにて管理させていただきます。 * 決められた喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。 *ライター・マッチ類の居室への持ち込みは出来ません

6.緊急時の対応方法

ご入居者に容態に変化等があった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずる他緊急連絡先に速やかに連絡いたします。

《緊急連絡先》

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯番号	

7.事故発生時の対応及び損害賠償責任

事故等が発生した場合は速やかに保険者、入居者様後見人、身元引受人等の関係者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、当事業所において、事業者の責任により御利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が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があります。

保 險 会 社	あいおい損害保険株式会社
---------	--------------

8.サービス内容に対する苦情の連絡先

当施設苦情解決責任者	施 設 長	高 須 実 生
当施設苦情相談窓口	担 当 者	生活相談員 上田 剛
	受付時間	月曜日～土曜日 午前9時00分～午後6時00分
	電話番号	0944-74-8655
	FAX番号	0944-74-8660
第三者委員	古川 徳次	0944-72-9067
	中島 良一	0944-72-3375
市町村の相談窓口	各市区町村介護保険係まで	
国民健康保険団体連合会	所在地	福岡市博多区吉塚本町13番47号
	受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時
	電話番号	092-642-7859
	FAX番号	092-642-7857
福岡県介護保険広域連合 柳川支部	所在地	柳川市三橋町正行431 柳川市役所三橋庁舎内
	電話番号	0944-75-6301
	FAX番号	0944-75-6340
福岡県運営適正化委員会	所在地	春日市原町3丁目1番7号
	電話番号	092-915-3511
	FAX番号	092-584-3790

13. 第三者による評価の実施状況

なし

指定介護老人福祉設の提供の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

《事業者》

福岡県柳川市三橋町蒲船津 1 5 5 - 3
社会福祉法人 正寿庵会

理事長 高須 実生 印

《説明者》

氏名 印

私は、契約書及び本書面により、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ました。

《利用者》

氏名 印

《利用者代理人(成年後見制度上の後見人、補佐人、補助人、家族等)》

氏名 印

続柄