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１５５－３ |
| 電話番号 | ０９４４－７２－９０５３ |
| 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 | ４０７８９００１９０ |
| 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１９４－２ |
| 電話番号 | ０９４４－７４－８６５５ |
| 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 | ５０名 |

（３）居室の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|---|---|---|
| 個室 | １０室 | 居室は介護保険上の従来型に属する |
| 多床室（４人部屋） | １０室 | |
| 合計 | ２０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　　K　１０：００～１９：００<br>C　９：００～１８：００　　M　　９：００～１６：００ |
| 介護職員 | A　７：３０～１６：３０　　B　１０：３０～１９：３０<br>C　９：００～１８：００　　K　１０：００～１９：００<br>D　９：００～１３：００　　E　１４：００～１８：００<br>T　７：３０～１３：３０　　U　１３：３０～１９：３０<br>W　７：３０～１１：３０　　Y　１５：３０～１９：３０<br>S　９：３０～１８：３０　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。<br>(食事時間)<br>朝食 8：00～　昼食 11：40～　夕食 17：30～<br>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<br>着　替　え<br>整容など | ・寝たきり防止の為、出来る限り離床に配慮します。<br>・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。<br>・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。<br>・シーツ交換は随時実施します。<br>・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 | ・嘱託医師や看護師が、健康管理を行います。<br>・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 | ・施設での生活を実りあるものとするため、レクリェ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。)<br>・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)<br>１，７６７円（3割) |
| | 多床室 | ５，８９０円 | ５８９円（1割)・１，１７８円（2割)<br>１，７６７円（3割) |
| 要介護２ | 個室 | ６，５９０円 | ６５９円（1割)・１，３１８円（2割)<br>１，９７７円（3割) |
| | 多床室 | ６，５９０円 | ６５９円（1割)・１，３１８円（2割)<br>１，９７７円（3割) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 要介護３ | 個室 | ７，３２０円 | ７３２円（1割）・1，４６４円（2割）<br>2，１９６円（3割） |
| | 多床室 | ７，３２０円 | ７３２円（1割）・1，４６４円（2割）<br>2，１９６円（3割） |
| 要介護４ | 個室 | ８，０２０円 | ８０２円（1割）・1，６０４円（2割）<br>2，４０６円（3割） |
| | 多床室 | ８，０２０円 | ８０２円（1割）・1，６０４円（2割）<br>2，４０６円（3割） |
| 要介護５ | 個室 | ８，７１０円 | ８７１円（1割）・1，７４２円（2割）<br>2，６１３円（3割） |
| | 多床室 | ８，７１０円 | ８７１円（1割）・1，７４２円（2割）<br>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）<br>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（Ⅲ）イ | ２８０円／日 | ２８円（1割）５６円（2割）８４円（3割） |
| 療養食加算 | ６０円／１食 | 6円（1割）１２円（2割）<br>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） |
| 協力医療機関連携加算 | １，０００円／月 | １００円（1割）２００円（2割）３００円（3割） |
| 高齢者感染対策向上加算（Ⅰ） | １００円／月 | １０円（1割）２０円（2割）３０円（3割） |
| 高齢者感染対策向上加算（Ⅱ） | ５０円／月 | 5円（1割）１０円（2割）<br>１５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） |

| | |
|---|---|
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 介護報酬総単位数×加算率（１４％）×１単位の単価<br>（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 | | |
|---|---|---|---|
| 食　費 | 朝　食 | 昼　食 | 夕　食 |
| | 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 | ２８円 | ８６８円 | ２８円 | ８６８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 |
| 協力医療機関連携加算 | | １００円 | | １００円 |
| 高齢者感染対策向上加算（Ⅰ） | | １０円 | | １０円 |
| 高齢者感染対策向上加算（Ⅱ） | | ５円 | | ５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 | ３，３３７円 | １０７，８９８円 | ３，６４７円 | １１７，６９４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）＋２８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）＝９７７円

９７７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）＋１００円（協力医療機関連携加算）＋１０円（高齢者感染対策向上加算Ⅰ）＋５円（高齢者感染対策向上加算Ⅱ）＝３０，４７２円（合計単位数）

３０，４７２円（合計単位数）×１４％（加算率）
＝４２６６．０８円　→　**４，２６６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）＋２８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）＝９７７円

９７７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）＋１００円（協力医療機関連携加算）＋１０円（高齢者感染対策向上加算Ⅰ）＋５円（高齢者感染対策向上加算Ⅱ）＝３０，４７２円（合計単位数）

３０，４７２円（合計単位数）×１４％（加算率）
＝４２６６．０８円　→　**４，２６６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）<br>７３８円（3割） |

○１ヶ月に６日を限度に算定します。
例Ⅰ)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<br>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)<br>夜勤職員配置加算<br>日常生活継続支援加算<br>個別機能訓練加算(Ⅰ)(Ⅱ)<br>科学的介護推進体制加算<br>栄養マネジメント強化加算<br>協力医療機関連携加算<br>高齢者感染対策向上加算(Ⅰ)(Ⅱ)<br>食費(食事をした場合)<br>介護職員等処遇改善加算 |
| 3／2～3／7<br>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<br>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<br>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）<br>夜勤職員配置加算<br>日常生活継続支援加算<br>個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>科学的介護推進体制加算<br>栄養マネジメント強化加算<br>協力医療機関連携加算<br>高齢者感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>食費（食事をした場合）<br>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<br>11,758 | ②<br>15,186 | |

① １，７８６＋（１，１６１×６）＋（６１０×２）＋１，７８６＝１１，７５８円
② ２，１０２＋（１，４７７×６）＋（１，０６０×２）＋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<br>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）<br>夜勤職員配置加算<br>日常生活継続支援加算<br>個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>科学的介護推進体制加算<br>栄養マネジメント強化加算<br>協力医療機関連携加算<br>高齢者感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>食費（食事をした場合）<br>介護職員等処遇改善加算 |
| ３／26～４／６<br>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<br>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<br>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）<br>夜勤職員配置加算<br>日常生活継続支援加算<br>個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>科学的介護推進体制加算<br>栄養マネジメント強化加算<br>協力医療機関連携加算<br>高齢者感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）<br>食費（食事をした場合）<br>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<br>18, 724 | ②<br>24,048 | |

① １，７８６＋（1,１６１×１２）×（６１０×２）＋１，７８６＝１８，７２４円
② ２，１０２＋（1,４７７×１２）＋（１，０６０×２）＋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。<br>＊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。 |

〇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。

〇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。

〇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<br>普通預金　００６０８１６<br>社会福祉法人　正寿庵会<br>理事長　高須　実生 | ゆうちょ銀行<br>普通貯金<br>１７４９０－５９４０４６２１<br>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<br>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 | ＊１回につき３０分（予約制）<br>＊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 | ＊外出・外泊する場合は事前に事業者に届けてください。<br>外出、外泊時にはご家族の引率が必要です。 |

| | |
|---|---|
| 医療機関 | ＊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 | ＊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。<br>＊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。<br>＊所持品には必ず名前を明記してください。<br>＊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 | ＊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ただく場合があります。 |
| 宗教活動 | ＊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 | ＊健康管理上、飲酒は制限、管理させて頂きます。<br>＊アルコール類の居室への持込は出来ません。<br>＊タバコはステーションにて管理させていただきます。<br>＊決められた喫煙スペース以外での喫煙は出来ません。<br>＊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　険　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<br>受付時間　　月曜日~土曜日<br>　　午前 9 時 00 分~午後 6 時 00 分<br>電話番号　　０９４４－７４－８６５５<br>ＦＡＸ番号　　０９４４－７４－８６６０ |
| 第三者委員 | 古川　徳次　０９４４－７２－９０６７<br>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<br>受付時間　　月曜日~土曜日<br>　　午前８時３０分~午後５時<br>電話番号　　０９２－６４２－７８５９<br>ＦＡＸ番号　　０９２－６４２－７８５７ |
| 福岡県介護保険広域連合<br>柳川支部 | 所在地　　柳川市三橋町正行４３１<br>　　柳川市役所三橋庁舎内<br>電話番号　　０９４４－７５－６３０１<br>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<br>電話番号　　０９２－９１５－３５１１<br>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１５５－３
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