

重要事項説明書

1. 施設の内容

事業所名	特別養護老人ホーム 松風園		
法人名	社会福祉法人 新潟市社会事業協会		
所在地	新潟市西区赤塚 4782 番地		
電話番号	(025) 239-3981	F A X 番号	(025) 239-3989
県指定年月日	平成 12 年 3 月 17 日	県指定番号	1570101020
利用定員	80 名		
本体施設種類別	介護老人福祉施設		

(1) 職員の概要

管理者（園長）	1 名
医 師（嘱託）	2 名（信楽園病院医師）
看護職員	3 名以上
機能訓練指導員	1 名（資格：看護師）
介護職員	33 名以上（夜勤：職員 4 名）
生活相談員	1 名（資格：社会福祉主事）
介護支援専門員	1 名（資格：介護支援専門員）
栄養士	1 名（資格：管理栄養士）

(2) 設備の概要

建物構造	鉄骨平屋建て一部 2 階 ※2 階は管理棟です。		
居 室	26 室（4 人部屋 15 室、3 人部屋 1 室、2 人部屋 7 室、 1 人部屋 3 室）		
設 備	食 堂	185.40 m ²	機能訓練室 73.70 m ²
	浴 室	55.85 m ²	（一般浴槽、特殊・中間浴槽有り）
	談話室	29.60 m ²	医務室 27.92 m ²

2. サービスの内容

- | | |
|--------------|--|
| (1) 食 事 | 朝 食 7 時 4 5 分 ～
昼 食 1 2 時 0 0 分 ～
夕 食 1 8 時 0 0 分 ～ |
| (2) 介 護 | 食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話。 |
| (3) 入 浴 | 最低、週 2 回入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。 |
| (4) 機能訓練 | 入所者の状況に応じて機能訓練を実施します。 |
| (5) 理美容 | 月に 1 回、理美容サービスを実施しております。（料金は自己負担） |
| (6) レクリエーション | 現在、敬老会、忘年会、誕生会、園外行楽等を定期的実施しています。 |

3. ご利用者負担金について

施設入所サービスをご利用されるにあたって、あなたにご負担いただく料金は、施設サービス費の1割(もしくは2割、3割)・居住費・食費・その他の費用です。

(1) 施設サービス費

施設サービス費は要介護度によって異なります。

要介護度	多床室、個室
要介護 1	589 単位
要介護 2	659 単位
要介護 3	732 単位
要介護 4	802 単位
要介護 5	871 単位

(2) 各種加算料金

- ① 日常生活継続支援加算…1日につき36単位が加算されます。
- ② 個別機能訓練加算(I)…1日につき12単位が加算されます。
- ③ 看護体制加算(I)…1日につき4単位が加算されます。
- ④ 夜勤職員配置加算(I)…1日につき13単位が加算されます。
- ⑤ 科学的介護推進体制加算(I)…1月につき40単位が加算されます。
- ⑥ 看取り介護加算(I)…希望により看取った場合、死亡日以前31日以上45日以下は1日につき72単位、死亡日以前4~30日は1日につき144単位、死亡日前日・前々日は680単位、死亡日は1,280単位がかかります。
- ⑦ 初期加算…入所後(又は30日以上入院後)30日間は1日につき30単位が加算されます。
- ⑧ 外泊加算…入所中に外泊や病院等に入院した場合、月に6日を限度として246単位が加算されます。
- ⑨ 若年性認知症利用者受入加算…1日につき120単位が加算されます。
- ⑩ 新興感染症等施設療養費…月に1回連続する5日を限度として、1日につき240単位が加算されます。
- ⑪ 介護職員等処遇改善加算(I)…月額サービス費の合計に14%を乗じた単位が加算されます。

※その他の加算については必要な体制が整い次第、料金をいただく場合がございますのでご了承ください。

月額単位数の合計に10.14円(地域区分7級)を乗じた額の1割(もしくは2割、3割)が利用者負担額となります。

(3) 食費・居住費

食費・居住費の利用者負担額は、利用者負担段階によって変わります。

[] 内は月額概算

項目	通常	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			
		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食費	<u>1,680円</u> 〔5.0万円〕	<u>300円</u> 〔1.0万円〕	<u>390円</u> 〔1.2万円〕	<u>650円</u> 〔2.0万円〕	<u>1,360円</u> 〔4.1万円〕
居住費	多床室	<u>915円</u> 〔2.7万円〕	<u>0円</u> 〔0円〕	<u>430円</u> 〔1.3万円〕	<u>430円</u> 〔1.3万円〕
	個室	<u>1,231円</u> 〔3.7万円〕	<u>380円</u> 〔1.1万円〕	<u>480円</u> 〔1.4万円〕	<u>880円</u> 〔2.6万円〕

※外泊・入院等で居室を確保される場合、居住費は徴収させていただきます。ただし減免対象者(第1～第3段階)の方は、負担限度額に応じた居住費をいただきます(ショートステイで居室利用があった日の料金は頂きません)。

(4) その他の費用

次のような項目になっております。

項目	料金	備考
電気代	50円/日	テレビ、電気毛布等持ち込み電気器具の電気使用料として(一点につき)
理美容	3,300円	理髪2,000円、顔剃1,300円。毎月第2月曜
新聞	実費	
クリーニング	一部実費	園で洗濯ができない素材の衣類等(その他は無料)
教養娯楽	無料	原材料費

4. 利用者自己負担金の軽減について

施設サービスの1割負担と食費・居住費の自己負担については、利用者及び主な生活維持者の収入等によって、幾つかの負担金の軽減対策がございます。

詳しくは生活相談員にご相談下さい。

5. サービスのご利用にあたってのお願い

私ども介護老人福祉施設 松風園には、大勢の利用者の方々がいらっしゃいますので、次の事項にご留意下さい。

(1) 来訪・面会

面会時間は午前7時から午後8時までです。当園にお出でになる時には面会時間を守

り、面会簿にお名前を記入して職員に一言お声をかけて下さい。また、家族宿泊室の利用をご希望の方は、必ず園長の許可を得て下さい。

ただし、感染症の流行状況により、面会方法が異なる場合がございますので、予めご了承ください。

(2) 居室・設備・器具の使用

施設内の居室・設備・器具は、それぞれ本来の使用法に従って使用して下さい。

(3) 喫煙

必ず決められた場所で喫煙して下さい。

(4) 飲酒等

飲酒は特に禁止しておりませんが、お酒の量・場所・他の利用者等にご配慮下さい。また、お持ちいただいた食べ物等は直接ご利用者の方にお渡しせず必ず職員に一言お話しください。

(5) 迷惑行為

施設は共同生活の場でありますので、他の入所者の方のご迷惑となる様な行為はおやめ下さい。また、他の居室に入る事もお遠慮下さい。

(6) 所持品管理

衣類など施設で使用される物品には必ず名前を書いてください。名前の書く事の出来ないものについては職員とご相談ください。

(7) 金銭管理

金銭管理は利用者及びご家族と個別にご相談して管理方法を決めたいと存じます。

(8) 宗教活動・政治活動

施設内で他の利用者とそのご家族ならびに職員に対する宗教活動や政治活動はお遠慮ください。

(9) 動物飼育

施設内でのペットなど動物を飼育するのはお遠慮ください。また、施設内に連れて入ることもお遠慮下さい。

(10) その他

施設で生活される方に当たっては、職員の指示を尊重してこれを守り、皆さんが快適な生活を送ることが出来ますように、ご協力下さい。また、職員に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画に基づき、年2回以上ご入所者及び職員等の訓練を行います。

7. 事故時の対応等

事業者は、サービス提供に際して入所者のけがや体調の急変があった場合には、医師、家

族への連絡、その他適切な措置を迅速に行います。

8. 福祉サービス第三者評価

福祉サービス第三者評価は未実施です。

9. 苦情・相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の担当者にお話し下さい。

○管理責任者 中野 力 (松風園園長)

○生活相談員 上田 史門

○介護係長 小島 力

電話番号 025-239-3981

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

○新潟市介護保険課

電話番号 025-226-1273

○新潟県国民健康保険団体連合会

電話番号 025-285-3072

苦情処理第三者委員

○法人監事 長谷川 健一

○法人評議員 矢口 弘

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

第三者委員の事務は、第三者委員の指示により新潟市社会事業協会本部事務局が行います。

(新潟市西区有明町 1-3 電話：025-231-0196)

10. 協力医療機関

施設では、下記の医療機関に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。

○名 称 信楽園病院

住 所 新潟市西区新通南 3 丁目 3 番 11 号

施設サービスの提供にあたり、契約書及び重要事項について説明いたしました。

令和 年 月 日

(事業者)所在地	新潟市西区赤塚4782番地
事業者名	社会福祉法人 新潟市社会事業協会 特別養護老人ホーム 松風園
代表者	園長 中野力 印
説明者	生活相談員 印

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙となることについても同意します。

上記契約を証明するために、本契約書を2部作成し、入所者及び事業者の双方が記名・押印のうえ、それぞれ一部ずつを保有します。

入所者

ご住所 _____

お名前 _____ 印

身元引受人(連帯保証人)

ご住所 _____

お名前 _____ 印