

地域密着型介護老人福祉施設

メゾン・開成

ご利用案内



誰よりもお客様の身になって

社会福祉法人 一燈会

地域密着型介護老人福祉施設 メゾン・開成

〒258-0026 神奈川県足柄上郡開成町延沢 678

TEL : 0465-85-1777 FAX : 0465-85-1333

ご利用までの流れ

●お問い合わせ・ご相談

ご相談等がございましたら、相談窓口までお問い合わせください。

●お申込手順

「利用申込書」に必要事項をご記入いただきます。

ご記入・作成後、当施設へ「持参・郵送」の方法にてお届け下さい。

●入所申込みの受付

入所申込書を受け付ける際には、原則として入所希望者及び家族と面接をさせていただきます。

「神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針」に基づき、本人の状況（要介護認定・認知症の程度等）、介護の必要性（在宅サービスの利用状況等）、在宅介護の困難性（介護者の状況等）等を勘案して必要性の高い方が優先されます。神奈川県指針による入退所検討委員会において優先順位を決定致します。

優先順位の決定により、入所の順番が近くなりましたら、ご連絡をさせていただきます。必要に応じて「診療情報提供書」を提出して頂きます。医師に作成を依頼してください。

お申込後、即入所が出来ない場合、定期的に、書面にて現況の確認を致します。

●面接

ご利用が可能な状況になりましたら、当施設よりご利用に際した事前面接の日程調整の連絡をさせていただきます。

ご利用予定のご本人様・ご家族様と面接を行い、ご来所下さるか当方にてご自宅・入所入院中の各施設・病院にご訪問させていただきます。

●入所判定会

当施設の医師を含めた専門家が、ご本人・ご家族の意向に即したご利用方法を検討致します。

●利用が決定したら

ご利用開始日の日程調整を致しますので、ご利用日までに以下のものをご準備ください。

- ◆ 介護保険被保険者証
 - ◆ 介護保険負担割合証
 - ◆ 介護保険負担限度額認定証（お持ちの方のみ）
 - ◆ 健康保険証か後期高齢者医療被保険者証
 - ◆ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（お持ちの方のみ）
 - ◆ 身体障害者手帳（お持ちの方のみ）
 - ◆ 福祉医療証（お持ちの方のみ）
- ※保険証類は当施設でコピーをとらせて頂きます。

- ◆ 薬類（お持ちの方のみ）

- ◆ 衣類等

| | |
|---|---------------------------------|
| { | 普段着5着、肌着5着、上履き1足、靴下5足、寝巻3組、 |
| | バスタオル・タオル各5枚、歯ブラシ、歯磨き粉、コップ(ガラス) |
| | （すべてにお名前を記入してください！） |

- ◆ 印鑑（ご本人様用×1、ご家族様用×1）

- ◆ 利用料金引き落とし用口座・銀行印

※ 基本的にご利用日（入所日）当日にご契約をさせていただきますので、上記の必要物品をご持参の上、ご家族の方も一緒にお越しください。尚、ご都合の悪い場合は、ご相談ください。

メゾン・開成をご利用できる方

介護認定で、要介護3以上を受けられた方のほか、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は要介護2の方の特例的な施設への入所に限られます。

※特例的な入所については、神奈川県入退所指針を参考にして下さい。

地域密着型介護老人福祉施設とは

- 認知症高齢者や中重度の要介護者に対応するため、平成18年4月からの介護保険制度改正に伴って導入された地域密着型サービスの一つで、定員が29名以下の小規模な特別養護老人ホームです。
- 原則として施設が所在する市町村に居住する要介護者を対象として入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、健康管理等を提供いたします。
- 高齢者が要介護状態になっても、できるかぎり住み慣れた地域での生活を支えるためのサービスです。
- 家庭や地域の人たちとのふれあいを大切にして潤いのある生活を送っていただく為に、各種行事等も実施してまいります。

医療管理

入所後は、原則、メゾン開成の嘱託医師が主治医となり医療的管理をおこないます。嘱託医師の専門外、特別な疾病などで、嘱託医師以外の医療管理等が必要な場合については、事前に当施設にご相談ください。その場合は、主治医と協議のうえ、対応について決定させていただきます。

また、ご契約者が、嘱託医師以外の医師を主治医とすることが希望がある場合は、受診同行等ご家族での対応となりますのでご協力下さい。

<嘱託医師の所属する医療機関>

| | |
|---------|----------------------|
| 医療機関の名称 | あじさいクリニック |
| 所在地 | 神奈川県足柄上郡開成町みなみ 3-3-2 |
| 診療科 | 内科 |

<協力医療機関>

| | |
|---------|-----------------------|
| 医療機関の名称 | 神奈川県立足柄上病院 |
| 所在地 | 神奈川県足柄上郡松田町松田惣領 866-1 |

| | |
|---------|---------------------|
| 医療機関の名称 | あじさい歯科クリニック |
| 所在地 | 神奈川県足柄上郡開成町延沢 695-1 |
| 診療科 | 一般歯科 |

サービスご利用時の注意事項

●面会

面会時間 — 6:00~20:00まで

入所中、ご家族様の協力が大変必要となりますので可能な限り、ご面会にお越しくださいますようお願い申し上げます。

尚、食事や行事等にはご家族もご参加いただけます。(実費負担となります)

●食事

食事提供時間は原則として下記の時刻となっております。

この時間を中心に、可能な限り、お客様ご希望の時間で召し上がって頂きます。

朝食 7:00

昼食 12:00

夕食 17:00

●外泊・外出

予め届出が必要となりますので、ご予約の7日前までに事務所にお申し出くださいませ。

●診療

当施設では状態に応じた医療・介護サービスを行っておりますが、病状が不安定になり、当該施設療養サービスの提供が困難と医師が判断した場合は、ご本人様・ご家族様とのご相談の上で病院を決定し、往診・通院・入院をしていただくこととなります。

●利用料のお支払い

利用料は、毎月末締の為、翌月初めに請求書を発送いたします。

銀行、郵便局口座からの引き落としとさせていただきます。

(口座引き落とし日：ご利用月の翌月、銀行は27日・郵便局は15又27日)
現金でのお支払いの場合は、ご利用月の翌月10日までに当施設指定の銀行口座にお振込み下さい。

※ 退所された方も、上記記載方法にて、ご請求させて頂いております。

【お振込み銀行口座】

| 銀行名 | 口座名 | 預金種別 | 口座番号 |
|-----------------|-------------------------|------|---------|
| さがみ信用金庫 二宮支店 | 老人ホームメゾン開成 施設長 古谷 孝一 | 普通 | 0270778 |

●お部屋（設備）

| | 個室 | 準個室 |
|-----------------|----|-----|
| テレビ | ○ | × |
| 洗面台（自動水洗） | ○ | × |
| トイレ（ウォシュレット付） | ○ | × |
| 電動ベッド | ○ | ○ |
| 収納棚（ライティングデスク付） | ○ | ○ |

●理美容室

毎月1回、系列会社の専任美容師が参ります。施設内の理美容室で、カット・毛染め等のサービスを提供致します。

（ご希望の方は事前予約が必要となりますので、職員までお申し出ください。）

理美容サービス（12回/年、契約時にご希望時期をお申し出ください。）

カット：3402円~/回

※ その他のオプション（カラー・パーマ等）は別紙料金が掛かります。

重要事項 (地域密着型介護老人福祉施設 メゾン・開成)

利用者に対する指定介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業所の概要

| | |
|------------|------------------|
| 事業所名 | メゾン・開成 |
| 事業主体 | 社会福祉法人 一燈会 |
| 主たる事務所の所在地 | 神奈川県足柄上郡開成町延沢678 |
| 介護保険事業所番号 | 1491400089 |
| 電話番号 | 0465-85-1777 |

2 事業所の職員体制

| 事業所の従業者の職種 | 員数 | 勤務の体制 |
|------------|-----|--------------|
| 管理者 | 1人 | 常勤1名 |
| 生活相談員 | 1人 | 常勤1名(管理者兼務) |
| 介護職員 | 12人 | 常勤12名 |
| 看護職員 | 2人 | 常勤2名 |
| 介護支援専門員 | 1人 | 常勤1名(介護職員兼務) |
| 機能訓練指導員 | 1人 | 常勤1名(看護師兼務) |
| 医師 | 1人 | 非常勤1名 |
| 栄養士 | 1人 | 非常勤1名 |

3 営業時間

| | |
|------|--------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 毎日 午前6時～午後8時 |

4 利用定員及び居室の概要

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。(但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

| 利用定員 | 29名 | |
|----------|-----|-----------|
| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
| 1人部屋 | 29室 | 準個室：16室 |
| 合計 | 29室 | |
| 食堂 | 2室 | |
| 機能訓練室 | 2室 | |
| 浴室 | 2室 | 一般浴槽・特殊浴槽 |
| 医務室 | 2室 | |
| 静養室 | 2室 | |

※上記は、厚生省が定める基準により、指定入所療養介護事業所に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備の利用にあたって利用者にご負担いただく費用はありません。
☆居室の変更：ご利用者から居室の変更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、ご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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

5 サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|---------|---|
| 入浴の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・週2回の入浴または清拭を行います。 ・歩行が困難で座位の保てる方は機械浴槽を用いての入浴も可能です。 |
| 排せつの介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ・誘導介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、1日6回の交換を行うとともに必要な場合は随時交換を行います。 |
| 着替え等の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・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します。 ・リネン（シーツ等）交換は週1回実施します。また、必要に応じて随時交換します。 |
| 食事の介助 | <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 (ただし、食材料費は給付対象外となります。) ・食事はできるだけ離床して食堂で召し上がっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7:00 昼食 12:00 夕食 18:00 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。 ・緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについて必要に応じて配慮します。 |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者及びそのご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めます。 (相談窓口) 生活相談員 |

イ 費用

| | | | | |
|----------------|----------------------|--|------|------|
| サービス利用に係る自己負担額 | 地域密着型 介護福祉施設サービス費 | 要介護1 | 1日 | 547円 |
| | | 要介護2 | 1日 | 614円 |
| | | 要介護3 | 1日 | 682円 |
| | | 要介護4 | 1日 | 749円 |
| | | 要介護5 | 1日 | 814円 |
| その他の加算 | 看護体制加算Ⅰ | 1日 | 12円 | |
| | 看護体制加算Ⅱ | 1日 | 23円 | |
| | 夜勤職員配置加算Ⅰ | 1日 | 41円 | |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ | 1日 | 6円 | |
| | 初期加算（入所日から30日以内の期間） | 1日 | 30円 | |
| | 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 上記の介護保険給付内サービスの月の合計額に83/1000を乗じた金額がご負担の目安となります | | |
| | 日常生活継続支援加算 | 1日 | 36円 | |
| | 在宅・入所相互利用加算（対象者のみ） | 1日 | 30円 | |
| | 福祉施設外泊時費用（1月に最大6日） | 1日 | 246円 | |
| | 退所前後訪問相談援助加算 | | 460円 | |
| 退所時相談援助加算 | | 400円 | | |
| 退所前連携加算 | | 500円 | | |
| 看取り介護加算 | | | | |
| ・死亡日以前4日以上30以内 | 1日 | 144円 | | |
| ・死亡日以前2日又は3日 | 1日 | 680円 | | |
| ・死亡日 | 1日 | 1280円 | | |

介護保険からの給付額に変更が生じた場合、変更額に合わせて負担額を変更します。

(2) 介護保険給付外サービス

◆居住費及び食費

| 段 階 | 居 住 費 | 食 費 | おやつ |
|------|---------|---------|--------|
| 第2段階 | 420円/日 | 390円/日 | 150円/日 |
| 第3段階 | 820円/日 | 650円/日 | 150円/日 |
| 第4段階 | 2200円/日 | 1500円/日 | 150円/日 |

※居住費は外泊時も算定されます。

◆その他

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|---------|---|---|
| 特別行事食 | ・季節の食材を使った行事食等 | ・実費 |
| 行事参加費 | ・行事等に参加した場合にかかる費用 | ・実費 |
| 日用品費 | ・石鹸、シャンプー、おしぼり、ペーパータオル、ハンドソープ等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。 ※実費での個別対応も可 | ・1日につき 250円 |
| 教養娯楽費 | ・レクレーション材料費 | ・1日につき 100円 |
| 室料 | ・個室 ・準個室 | ・1日につき 1800円 // 0円 |
| テレビ | ・個室 ・準個室 | ・0円（テレビが設置されています） ・1ヵ月につき 15000円 |
| 理美容サービス | ・毎週1回、系列会社「訪問美容室Xero」による理美容サービスをご利用いただけます。 | ・理髪サービス（1回につき） カット 3402円 ※その他オプションは別紙料金表参照 |
| 健康管理費 | ・インフルエンザ等 | ・市町村で定められた金額 |
| 特別な送迎 | ・施設車両により送迎サービスを提供した場合（1人につき） | ・30分未満 2000円 ・1時間未満 4000円 ※以降30分毎に2,000円を加算 |

（注）おむつ代は、介護保険給付対象となっていますので、ご負担の必要はありません。

6 利用者負担金及び支払い方法

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、5（1）、（2）のとおりです。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です（※または、介護保険の法定利用料の範囲内で当事業所が設定した金額です）。
- (3) 利用料金のお支払いは、毎月1回、月末締め、翌月10日頃請求書発行です。
銀行、郵便局口座からの引き落としとさせていただきます。（口座引き落とし日：ご利用月の翌月の銀行は27日・郵便局は15日又25日）
または、利用月の翌月10日までに当施設指定の銀行口座にお振込み下さい。

7 苦情・相談窓口

| | | | |
|-----------|----------|----|-----------------|
| ご利用者ご相談窓口 | ご利用時間 | 平日 | 午前8時30分～午後5時30分 |
| | ご利用方法 | 電話 | 0465-85-1777 |
| | | 面接 | 場所 メゾン・開成 |
| | 苦情受付担当者： | | 管理者 |
| 開成町 | ご利用時間 | 平日 | 午前8時30分～午後5時 |
| | ご利用方法 | 電話 | 0465-84-0320 |
| | 受付担当： | | 開成町保険健康課 |
| 国民健康保険団体 | ご利用時間 | 平日 | 午前8時30分～午後5時 |
| | ご利用方法 | 電話 | 045-329-3447 |
| | 受付担当： | | 神奈川県国民健康保険団体連合会 |

8 サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

| | | |
|---------------------------|--|----------------------|
| 面会 | 来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度、面会簿に記帳し職員に届出てください。 面会時間－6：00～20：00 | |
| 外出 | 外泊・外出の際には必ず前日までに行き先と帰園時間を職員に届出てください。 | |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合がございます。 | |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。 | |
| 所持品の管理 | 衣類、その他日常生活に必要とされる最小限の物品。 | |
| 現金等の管理 | 多額の現金、貴重品類の持ち込みはご遠慮下さい。 | |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 | |
| 緊急時の対応及びサービス利用中の医療の提供について | 利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。 主治医に連絡がつかず医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において治療を受けることができます。 (但し、下記医療機関での優先的な受診を保証するものではありません。また、下記医療機関での受診を義務づけるものでもありません。) | |
| 協力医療機関 | 名 称 | 神奈川県立足柄上病院 |
| | 住 所 | 神奈川県足柄上郡松田町松田惣領866-1 |
| | 名 称 | あじさい歯科クリニック |
| | 住 所 | 神奈川県足柄上郡開成町延沢695-1 |
| その他 | サービス従事者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご辞退させていただきます。 | |

9 事故発生時の対応

利用者に対する地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供により、事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡をし、必要な処置を講じます。

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し、利用者に対する地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、生じた損害について賠償する責任を負います。但し、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。

10 身体拘束について

事業者及びサービス従事者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。やむを得ず身体拘束を行う場合であっても、事故が発生することがあります。

◆月額利用料（ご利用者負担額目安）

≪（1）介護保険給付サービス＋（2）介護保険給付外サービス＝月額利用料≫

| | 所得段階 | 利用料金 |
|-----|------|-------|
| 個室 | 第2段階 | 約11万円 |
| | 第3段階 | 約13万円 |
| | 第4段階 | 約20万円 |
| 準個室 | 第2段階 | 約6万円 |
| | 第3段階 | 約8万円 |
| | 第4段階 | 約15万円 |

※ 第1段階は生活保護受給者、第2～3段階は市町村民税世帯非課税者が対象となります。

※ 表の金額は、要介護3（介護保険1割負担）で算出しております。

ご相談窓口

介護老人福祉施設

メゾン・開成

利用相談室

TEL 0465-85-1777