

指定（介護予防）特定施設入居者生活介護事業所 晴ヶ丘老人ホーム

重要事項説明書

1. 晴ヶ丘老人ホームの概要

(1) 事業所の概要

施設名	晴ヶ丘老人ホーム		
所在地	〒033-0071 青森県上北郡六戸町大字犬落瀬字堀切沢 59-54		
電話番号	0176-53-2481	FAX番号	0176-53-9287
事業所番号	0272501594	開設年月日	昭和43年4月1日
施設管理者氏名	施設長 吉田 幸恵		
指定（介護予防）一般型特定施設入居者生活介護事業 開始年月日	平成29年6月1日		

(2) 職員体制 ※2024年4月1日現在

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者（施設長）	介護福祉士 社会福祉主事 介護支援専門員	1名		1名	介護従事者及び業務管理
生活相談員	介護福祉士 社会福祉士主事	兼1名		1名	入居者の相談、助言、入居者の自立の為に必要な指導及び訓練等
計画作成担当者	介護支援専門員 看護師 社会福祉主事	兼1名		1名	特定入居者のケアプラン作成、相談、助言。
看護職員	介護支援専門員 看護師 社会福祉主事 准看護師	兼2名		2名	主治医等との連絡調整、健康管理
機能訓練指導員	理学療法士	専従1名		1名	日常生活を営むのに必要な機能減退防止の訓練を行う。
介護職員	介護福祉士 社会福祉主事	兼2名		18名	排泄・入浴・食事等の介護サービス全般の提供
	介護福祉士	兼7名	兼2名		
	2級ヘルパー等	兼3名	兼1名		
	技能実習生	兼2名			
		兼1名			
ケアアシスタント		1名		1名	介護職員の補助
栄養士	管理栄養士 栄養士（調理員）	1名 兼1名		2名	献立作成等栄養業務、調理指導、給食業務
	調理師	2名	2名	6名	
調理員	調理員	2名			
	事務員	簿記等	1名	1名	2名
ハウスキーパー			2名	2名	洗濯、清掃等
用務員		1名		1名	設備管理、送迎業務等

2. 事業所の特徴

(1) 事業の目的

この事業所が行う指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の事業は、要支援状態にあるお客様が、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、できるだけ要介護状態になることなく、また、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。また、要介護者の状態にあるお客様が、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、その有する能力に応じ

自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。

(2) 運営の方針

- ① 指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の従業者は、特定施設サービス計画・介護予防特定施設サービス計画に基づき、介護サービスを適切かつ円滑に提供することにより、お客様が要介護状態、要支援状態となった場合でも、当該指定特定施設においてその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように努める。
- ② 安定的かつ継続的な事業運営に努める。
- ③ お客様の心身機能の改善、環境調整等を通じて自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行う。
- ④ お客様の意欲を高めるような適切な働きかけを行う。
- ⑤ お客様の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う。

(3) サービス利用のために

事 項	備 考
介護経験者	介護福祉士国家資格取得者を多数配置。
従業員研修	年2回以上の研修会を実施
サービスマニュアル	サービス管理規程に基づき、適切なサービスを提供

3. サービスの内容

要介護認定を受けて、要介護1～5の判定を受けた方は介護サービス、要支援1・2（経過的要介護）の判定を受けた方は、介護予防サービスが受けられます。

事 項	内 容
生活活動時間	6：00 ～ 21：00
食事	朝食 7：45 昼食 12：00 夕食 17：30 施設内の厨房にて調理しています。
入浴	一人当たり週2回以上の入浴機会を設けます。
生活相談	生活相談員に日常生活の相談が出来ます。
介護	食事、入浴、排せつ、通院の支援のほか、買物や食事の準備、掃除などの日常生活行為を機能訓練ととらえて、役割と生きがいを持って生活していただくよう援助します。
レクリエーション	これまでの趣味などを活かし、各自の状態に合わせて行います。
健康管理	看護師を配置し主治医等との連携を図って健康管理に努めます。
協力医療機関	三沢市立三沢病院

4・利用料金

(1) (介護予防) 一般型特定施設入居者生活介護の介護報酬概要

介護保険料

介護度	日額単価	夜間看護体制加算(日額)	サービス提供体制強化加算I	個別機能訓練加算	小計	介護職員処遇改善加算単位	介護職員等特定処遇改善加算	介護職員等ベースアップ等支援加算	自己負担額(30日の場合)
要支援1	183	/	22	12	217	8.2%	1.8%	1.5%	7,486
要支援2	313				347				11,971
要介護1	542	9			585				20,182
要介護2	609				652				22,494
要介護3	679				722				24,909
要介護4	744				787				27,151
要介護5	813				856				29,532

※1 1単位は10円となります

※2 上記金額は1ヶ月を30日とした場合の金額となります。各月の実日数により金額が異なります。

※3 介護保険からの給付サービスを利用する場合は上記金額の1割、もしくは2割、3割となります。(上記は1割の料金です。2割の場合はその倍額、3割の場合3倍となります。)

※4 2024年6月より処遇改善加算が一本化となり合計割合が11.5%から12.8%へ変更となります。

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無

算定項目		加算の有無	合成単位	算定単位
入居継続支援加算		1 あり ② なし	36 単位	1 日につき
		1 あり ② なし	22 単位	
生活機能向上連携加算		1 あり ② なし	200 単位	1 月につき
※個別機能訓練加算を算定している場合		1 あり ② なし	100 単位	
個別機能訓練加算		① あり 2 なし	12 単位	1 日につき
夜間看護体制加算		① あり 2 なし	9 単位	
若年性認知症入居者受入加算		1 あり ② なし	120 単位	
医療機関連携加算		1 あり ② なし	80 単位	1 月につき
口腔衛生管理体制加算		1 あり ② なし	30 単位	
科学的介護推進体制加算		① あり 2 なし	40 単位	1 月につき
口腔・栄養スクリーニング加算 (6 月に 1 回を限度)		① あり 2 なし	20 単位	1 回につき
退院・退所時連携加算		1 あり ② なし	30 単位	1 日につき
看取り介護加算 (I)	(1) 死亡日以前 31 日以上 45 日以下	① あり 2 なし	72 単位	
	(2) 死亡日以前 4 日以上 30 日未満		144 単位	
	(3) 死亡日以前 2 日または 3 日		680 単位	
	(4) 死亡日		1,280 単位	
認知症専門ケア加算	(I)	1 あり ② なし	3 単位	
	(II)	1 あり ② なし	4 単位	
サービス提供体制強化加算	(I)	① あり 2 なし	22 単位	1 月につき
	(II)	1 あり ② なし	18 単位	
	(III)	1 あり ② なし	6 単位	
※介護職員処遇改善加算	(I)	① あり 2 なし	所定単位×8.2%	1 月につき
※介護職員等特定処遇改善加算	(I)	① あり 2 なし	所定単位×1.8%	
※介護職員等ベースアップ等支援加算	(I)	① あり 2 なし	所定単位×1.5%	

※2024 年 6 月より【※上記 3 つ】の介護職員等処遇改善加算が一本化され所定単位の割合が変更となります。

介護職員等処遇改善加算	(I)	① あり 2 なし	所定単位×12.8%	1 月につき
-------------	-----	-----------	------------	--------

(2) (介護予防) 一般型特定施設入居者生活介護の支給限度額単位数

要介護状態区分	1 ヶ月あたりの限度単位数
要支援 1	5,032
要支援 2	10,531
要介護 1	16,765
要介護 2	19,705
要介護 3	27,048
要介護 4	30,938
要介護 5	36,217

(3) その他の費用(保険外)

項目	内容	費用
理美容代金	外部理美容師による散髪、整髪費用	実費負担
クリーニング代	希望者のみ外部サービスを利用	
趣味活動費	希望者のみ趣味活動に掛かる材料費等	
エンゼルケアセット	死亡確認後の処置に係る費用	

(4) 日用品の取扱

- ① おむつ・尿取りパットにつきましては、基本的に自己負担となります。
※養護老人ホーム入所理由によっては要相談と致します。
- ② 寝具は施設で提供いたします。

(5) 介護保険利用の個人負担について

介護保険利用の際の1割負担分については、費用徴収額によりその負担割合が異なります。ただし、下記の表のように、お客様の収入額により本人負担分も措置費より支弁されます。

費用徴収階層	支弁割合%	費用徴収階層	支弁割合%	費用徴収階層	支弁割合%
1	100	27	76	33	62
2～22	99	28	71	34	57
23	95	29	66	35	54
24	91	30	65	36	51
25	86	31	64	37	48
26	81	32	63	38	45

(例) 費用徴収階層が2～22の場合、介護保険利用料負担のうち99%が措置費より支弁され、残り1%を費用徴収額に上乗せして徴収ということになります。

6. サービスの利用方法

(1) 利用開始

ご本人の介護状態に応じた希望、要望を取り入れ、新型養護老人ホームパッケージプランを作成し、計画に基づいたサービスを提供いたします。

(2) 利用変更及び終了

①お客様の都合でサービスを変更、終了する場合、変更を希望する日の14日前までに申し出てください。

②自動終了 以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護状態区分が、非該当(自立)ならびに要支援と認定された場合。
- ・お客様が亡くなった場合。

③その他

- ・お客様が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合や、入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。

7. サービス内容に関する苦情

(1) 当施設が提供したサービスに関する入所者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、相談及び苦情受付窓口として専属の職員をあてるとともに楽晴会苦情解決第三者委員設置し、お客様が福祉サービスを快適にご利用できますよう苦情の解決を促進しております。

○苦情受付窓口

●苦情受付担当者 笹倉 悠史 ●苦情解決責任者 吉田 幸恵
晴ヶ丘老人ホーム TEL 0176-53-2481

●社会福祉法人楽晴会第三者委員
法人本部 TEL 0176-53-3550

※別添の「リスクマネジメント規定」に則り、適切に処理いたします。

(2) その他苦情受付機関

六戸町 保健福祉課	所在地 上北郡六戸町大字犬落瀬字前谷地60 電話番号 0176-55-3111
青森県国民健康保険団体連合会	所在地 青森市新町2-4-1 電話番号 017-723-1336

(3) 第三者委員

社会福祉法第 82 条の規定に基づく第三者委員を設置しています。ご利用に関わる苦情等のご相談は、直接第三者委員に申し出ることができます。

地域ネットワーク型オンブズマン組織 「セーフティーネットあおもり」	所在地 青森市長島 2 丁目 1 9 番 1 1 号 電話番号 0 1 7 - 7 5 4 - 2 7 1 1
--------------------------------------	--

8. 医療（緊急時の対応方法）

サービスの提供中にお客様の病状等が急変、またはその他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡、搬送する等の必要な措置を講じ、状況をご家族へご連絡いたします。なお、当事業所の協力医療機関は下記の通りです。

協力医療機関（主治医）	三沢市立三沢病院	電話番号	0176-53-2161
-------------	----------	------	--------------

9. 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、ご家族、措置市町村、県に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、お客様に対して当事業所のサービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、誠意を持って速やかに損害賠償いたします。

10. 非常災害対策

災害対応	防災マニュアルに則り、適切に対応いたします。
防災設備	スプリンクラー設備、自動火災報知設備等
防災訓練	1年に2回実施
防火責任者	防火管理者 笹倉 悠史

11. 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様又はご家族の個人情報等を第三者には漏らしません。また、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を守るべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
- (2) お客様やご家族の個人情報を用いる場合には、あらかじめ文書による同意を得ます。

12. 虐待の防止について

当施設では、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 吉田 幸恵
-------------	-----------

- ② 虐待防止の指針を整備し、必要に応じ見直しを行います。
- ③ 介護職員その他の職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

年 月 日

指定一般型（介護予防）特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所

所在地 上北郡六戸町大字犬落瀬字堀切沢 59-54
名称 晴ヶ丘老人ホーム

説明者氏名

㊞

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定一般型（介護予防）特定施設入居者生活介護サービスの内容に同意しました。

お客様 住所

氏名

㊞

(身元引受人) 住所

氏名

㊞

お客様との続柄