

松園ケアラウンジ・スカイ 重要事項説明書

(特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護)

1 事業主体概要

事業主体名	社会福祉法人 楽晴会
代表者名	理事長 齊藤 淳
所在地・電話番号	青森県三沢市大町二丁目 6 番 27 号 0176-53-3550
主な主損者・出資者	齊藤 淳
他の主な事業	第一種、第二種社会福祉事業、訪問看護事業、居宅介護支援事業 指定居宅サービス事業(通所介護、訪問介護、短期入所他)

2 施設概要

施設名	松園ケアラウンジ・スカイ
施設の概要	混合型有料老人ホーム
介護保険の指定居宅サービスの種類 ※	特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護
施設長(管理者)	一戸 大蔵
所在地	〒033-0037 青森県三沢市松園町二丁目 7-7
電話番号・FAX 番号	TEL) 0176-57-5751 FAX) 0176-57-5810
介護保険事業所番号	0270700354
開設年月日	平成 15 年 6 月 9 日
交通の便	三沢空港より車で約 15 分 青い森鉄道(株)三沢駅より車で約 10 分
敷地概要(権利関係)	自己所有
建物概要(権利関係)	自己所有
個室(介護居室)、一時介護室の概要	一般居室 18 室 定員 18 名 1人部屋 13.64 m ² ~ 13.72 m ² 全室トイレ、洗面台付
浴室、食堂、機能訓練室の概要	ユニットバス 6 m ² 、脱衣室 4.8 m ² (2 階) 食堂・機能訓練室 81.81 m ² 、ケアワーカー室 9.2 m ² 、 事務所・休憩室 10.9 m ² 、健康管理室 12.7 m ² 、洗濯室 5.2 m ²
共用施設概要(設備関係含む) ナースコール等緊急連絡、安否確認	特別浴室 23.6 m ² 、脱衣室 16.4 m ² (1階)、厨房 18.4 m ² 談話室 8.1 m ² 、冷暖房完備 ナースコール、緊急通報システムはケアワーカー室に連動しています (予め災害等が予測される場合には管理者が常駐します)

※介護保険法第70条の規定により指定された居宅サービスの種類を記入。居宅介護支援は除く。

3 利用料

費用納入方式	お支払いは口座自動引落となっております。引落日は毎月 27 日となっております。(引落日が土曜日、日曜日、祝日となる場合は、翌営業日となります。)毎月 15 日までに前月分の請求書を郵送します。領収書については、引落が確認できましたら、翌月に請求書と一緒に発行致します。
入居一時金 介護費用の一時金除く	万円~ 万円(最多 万円台 戸) 入居一時金の設定はありません。
使途	
解約時の返還金	
介護費用の一時金	

解約時の返還金	
月額利用料	1人入居の場合 140,000円/月+介護保険の自己負担金(1~3割)
内訳	家賃相当額 50,000円(月額)及び管理費、居室利用権利 外泊及び入院された場合でもお支払い頂きます。 管理費 30,000円(月額)建物、設備の維持管理、事務費等 食費 46,800円(月額)(1日1,600円×30日) 介護費(利用料外) 無し 光熱水費 10,000円(月額) 寝具リース料 2,000円(月額) その他 11項の利用料参照
改定ルール	物価、公共料金、人件費等の変動に基づき、運営懇談会を開催し改定する事があります。
介護保険に係る利用料	介護保険サービス利用料の1割負担もしくは2割負担・3割負担
一時金の返還金の保全措置 ・銀行保証の有無及び内容 ・その他の保全措置の有無及び内容	無し() 無し()
損害賠償額の予定の定めの有無 及び内容	無し()
消費税	入居者のご負担となります。

4 サービスの内容

月額利用料(介護費用の一時金を除く)に含まれるサービス	清掃、事務手続き代行、健康管理、緊急、防犯 各種介護相談、アドバイス、日常生活全般に係る介護サービスの支援
ホームが提供する介護サービスの 内容、頻度及び費用負担	私たち自身が利用したいと感じる施設作りを運営方針に掲げ、各入居者毎にケアプランを作成し、ご自身、若しくはご家族への説明と同意を得た介護サービスをご提供致します。
上記以外の別途費用負担の必要なサービスとその利用料	理美容代金、趣味活動費、レクリエーション等の行事に係る費用、金銭管理、オムツ代金、希望される機関へのアクセスサービス(市内病院送迎は除外)、居宅療養管理指導1割もしくは2割負担・3割負担
苦情解決の体制 ※詳細は別紙要綱	<松園ケアラウンジ・スカイ> ○苦情受付担当者 生活相談員 三浦 清子 ○苦情解決責任者 施設長 一戸 大蔵 電話 0176-57-5751 FAX 0176-57-5810 ○社会福祉法人楽晴会第三者委員 法人本部 0176-53-3550 受付 月曜日から金曜日 受付時間 午前9時~午後5時 ※外部苦情受付窓口として委託契約を締結しております。 <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 青森市中央三丁目 20-30 県民福祉プラザ2階 電話番号 017-731-3039 ※当施設以外に、お住まいの市町村又は青森県国民健康保険団体連合会の相談及び苦情窓口にも苦情を伝える事ができます。 <三沢市介護福祉課> 所在地:三沢市幸町三丁目 11-5 電話番号:0176-51-8773 <青森県国民健康保険団体連合会> 所在地:青森市新町二丁目 4-1 電話番号:017-723-1336
損害賠償	損害賠償保険、自動車保険に加入

事故・災害時の対応	事故・及び災害発生時は別紙要綱でご説明致します。
-----------	--------------------------

5 介護を行う場所

要介護時(認知症を含む)に介護を行う場所	居室・共有スペースにて介護をご提供致します。	
入居後に居室又は施設を移る場合	居室を移る場合(判断基準・手続き、追加費用の要否、居室利用権の取扱等)	個々の身体状況に応じて入居者又はご家族(連帯保証人)への説明と同意を得て介護サービスをご提供いたします。又、その場合は介護費用の追加はございません。
	他の施設へ移る場合	入居契約書、運営規程に基づき、施設側と入居者若しくは身元引受人との話し合いで決定いたします。契約解除の場合、施設の使用権は消滅いたします。

6 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(又は嘱託医)の概要及び協力内容	第二黒田歯科、みさわクリニック
入居者が医療を要する場合の対応	医師の指示により移送する体制ができております。

7 入居状況等(2024年4月1日現在)

入居者数及び定員	18名(定員18名)	
入居者内訳	性別	男性 2名 女性 16名
	介護度	要介護 1-2名 要介護 2-4名 要介護 3-3名 要介護 4-5名 要介護 5-4名
運営懇談会の開催状況	第三者立ち合いのもと年1回開催(他は改定ルールに基づく)	

8 職員体制(2024年4月1日現在)

職名	職員数	勤務時間	常勤換算人数	備考
管理者	※1	8:30~17:30	※1.0	計画作成担当者と兼務
生活相談員	1	9:00~18:00	1.0	
計画作成担当者	※1	8:30~17:30	※1.0	管理者と兼務
介護職員	10	早番 ①6:45~15:45 早番 ②7:00~16:00 日勤 9:00~18:00 遅番 ①10:00~19:00 遅番 ②13:00~22:00 夜勤 21:45~7:15	10.0	介護福祉士 7名 認知症介護基礎研修了者 3名
看護職員・機能訓練指導員	2	常勤 9:00~18:00	※1.7	看護職員・機能訓練指導員兼務
医師	-		-	
栄養士	※1		-	業務委託
調理員	※3		-	業務委託
その他	1	9:00~14:00	0.34	ハウスキーパー
事務員	※1		※1.0	常勤兼務
直接処遇職員の人員	要介護者等の人員 ホームに配置する直接処遇職員の人数(常勤換算)		18人 10.0人	

注1.職員数には、併設施設がある場合の当該施設の医師、看護師その他の職員数は含まない。

注2.機能訓練指導員及び計画作成担当者が他の職務を兼務している場合は、職員数の人数に※印をつけるとともに、その概要を備考欄に記入。

注3.機能訓練指導員がPT、OT等の職種である場合は備考欄に記入。

注 4.直接処遇職員の人員配置の状況は、特定施設入居者生活介護事業者の指定を受けた施設のみ記入。
 指定基準とは、(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準平成 11 年厚生省令第 37 条)のこと。

9 入居、退居等

入居者の条件	入居時に要介護者であること、身元保証が可能であることが条件となります。
身元引受人	ご入居者が入居契約の解除により退居される場合はご入居者の残置物の引き取りを身元引受人にお願いします。
連帯保証人	連帯保証人となる方については、本契約に生じるご利用者の債務について、極度額 50 万円の範囲内で連携してご負担いただきます。詳細につきましては契約書の第二十九条をご参照下さい。
契約の解除	ご入居者及びご家族の立会いにより、契約を解除できるものとする。
体験入居	あり

10 有料老人ホーム 情報開示等一覧表

都道府県名 青森県

2024 年 04 月 01 日

施設名	松園ケアラウンジ・スカイ	
施設の種類の種類	混合型有料老人ホーム	
介護保険の指定居宅サービスの種類 ※1	特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設入居者生活介護	
所在地	三沢市松園町二丁目 7-7	
事業主体名	社会福祉法人 楽晴会	
開設年月日	平成 15 年 6 月 9 日	
入居者数/入居定員	18 名/18 名	
一時金	入居一時金	無し
	介護費用の一時金[円]	無し
	(介護保険給付対象外のサービスに係る利用料)	無し
	返還金の保全措置	無し
入居者基金への加入	無し	
月額利用料[円] [介護保険に係る利用料を除く]	140,000 円(1ヶ月を 30 日とした場合)	
要介護状態になった場合	介護を行う場所	居室
	追加費用の有無※2	無し
体験入居の有無	無し	
情報開示	重要事項説明書の公開	情報開示いたします
	契約書の公開	情報開示いたします
	契約書の公開	情報開示いたします
	財務諸表の公開	情報開示いたします
[社]全国有料老人ホーム協会への加入	無し	
備考		

※1.介護保険法第 70 条の規定により指定された居宅介護サービスの種類を記入する。

※2.介護費用の一時金及び介護保険に係る利用料は除く。

11 松園ケアラウンジ・スカイ 利用料

(1)介護保険サービス費(自己負担1割の場合)

要介護度区分	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
施設サービス費	183	313	542	609	679	744	813
サービス提供体制加算	I (日額単位) 22						
協力医療機関連携加算	(月額単位) 40 または 100						
科学的介護推進体制加算	(月額単位) 40						
介護職員等処遇改善加算(I)	総単位数の 12.8%で計算します。要介護度や日数などによりご請求額が変わります。						

注 1 1単位は10円となります。

注 2 1ヶ月を30日とした場合の金額ですので、各月の実日数により異なります。

注 3 介護保険からの給付サービスを利用する場合は上記の基本料金の1割、もしくは2割・3割となります。(上記は1割の場合の料金です。2割・3割の場合はその割合によって異なります。)市町村より交付されている「介護保険負担割合証」に基づきご請求させていただきます。

注 4 医療機関連携加算は往診対応をされている入居者様となります。

(2)介護保険外サービス費

項目	日額	月額	摘要
家賃		50,000円	居室使用料
管理費		30,000円	施設維持、管理、修繕費等
食事代	1,600円	48,000円	1日3食(経管栄養同額含む)
光熱水費		10,000円	電気、ガス、水道代
寝具リース料		2,000円	寝具一式
合計		140,000円	

注 1 入院等により、空室が数週間と長期間になる場合、居室のみを、短期入居希望者の方へ使用させて頂く事にご協力をお願い致します。(短期入居者が利用された額を上記サービス費から差引きさせていただきます。)

(3)費用合計(自己負担1割の場合)

介護度	介護保険負担額	介護保険外負担額	合計
要支援 1	6,982円	140,000円	146,982円
要支援 2	11,382円	140,000円	151,382円
要介護 1	19,131円	140,000円	159,131円
要介護 2	21,398円	140,000円	161,398円
要介護 3	23,767円	140,000円	163,767円
要介護 4	25,967円	140,000円	165,967円
要介護 5	28,302円	140,000円	168,302円

※上記介護保険負担額には医療機関連携加算は含んでおりません。

(4)その他の費用(保険外)

項目		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
クリーニング費用	外部サービスによる希望者のみクリーニング	実費負担
金銭保管理	希望者のみ金銭管理致します。ご相談に応じます。	月額 3,000円
趣味活動費	希望者のみ趣味活動に掛かる材料費等	実費負担
日用品費	歯ブラシ、入浴用品、ティッシュペーパー等	実費負担
排泄物品費	紙オムツ、尿とりパット、紙パンツ、おしり拭き等	実費負担

送迎介助サービス費	①片道 15km未満 ②片道 15km以上 ③長距離に及ぶ場合は別途ご相談となります * 三沢市内の病院受診は無料対応致します。	片道 600 円 片道 1,000 円
エンゼルケア料	死亡確認後、身体の清拭・衛生処置・お着替え/メイク等を行う費用	20,000 円

(5)備品

①既設の家具、ベッド等以外を設置させる場合、及び専用の家具をご希望される場合は、ご本人でご用意して頂きます。

②寝具(タオルケット類は除く)はご提供させて頂きます。

12 松園ケアラウンジ・スカイ(特定施設入居者生活介護短期利用型)

1. 利用対象者

(1)要介護 1～要介護 5 の方がご利用可能です。(要支援の方はご利用いただけません。)

2. 介護保険サービス費(自己負担1割の場合)

要介護度区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
施設サービス費	542	609	679	744	813
サービス提供体制加算	I (日額単位)22				
介護職員処遇等改善加算(I)	総単位数の 12.8%で計算します。要介護度や日数などによりご請求額が変わります。				

注 1 1 単位は 10 円となります。

注 2 上記記載の金額は日額ですので、宿泊日数により金額は異なります。

注 3 介護保険からの給付サービスを利用する場合は上記の基本料金の 1 割、もしくは 2 割・3 割となります。(上記は 1 割の場合の料金です。2 割・3 割の場合はその割合によって異なります。)市町村より交付されている「介護保険負担割合証」に基づきご請求させて頂きます。

3. 介護保険外サービス費

項目	日額	摘要
家賃	3,000円	居室使用料
管理費		施設維持、管理、修繕費等
光熱水費		電気、ガス、水道代
食事代	1,600円	1日3食(経管栄養同額含む)

4. その他の費用(保険外サービス)

項目		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
クリーニング費用	外部サービスによる希望者のみクリーニング	実費負担
趣味活動費	希望者のみ趣味活動に掛かる材料費等	実費負担
日用品費	歯ブラシ、入浴用品、ティッシュペーパー等	実費負担
排泄物品費	紙オムツ、尿とりパット、紙パンツ、おしり拭き等	実費負担
寝具リース	寝具(タオルケット類は除く)はご提供します。	-
送迎介助サービス費	①片道 15km未満 ②片道 15km以上 ③長距離に及ぶ場合は別途ご相談となります * 三沢市内の病院受診は無料対応致します。	片道 600 円 片道 1,000 円
エンゼルケア料	死亡確認後、身体の清拭・衛生処置・お着替え/メイク等を行う費用	20,000 円

* 重要事項説明書の 1 事業主体概要～10 有料老人ホーム 情報開示等一覧表、13 守秘義務～14 身体拘束の禁止の内容は同様です。

13 守秘義務

- (1) 当事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得たお客様又はそのご家族の情報を漏らしません。また、かつて従業者であったものが、正当な理由なく、その業務上知り得たお客様又はそのご家族の情報を漏らすことがないように、従業者でなくなった後においても、これらの情報を保持すべき旨を雇用契約の内容としております。
- (2) 会議等において、お客様及びそのご家族の情報をを用いる場合がございますが、これらの情報についてもそれ以外の用途には用いないこと、及び決して外部へ漏らさないことを誓約いたします。

14 身体拘束の禁止

- (1) 施設は、サービス提供にあたって、お客様又はその他のお客様の生命、又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他、お客様の行動を制限する行為は行わないものとします。
- (2) 施設内に設置の身体拘束廃止委員会が、お客様又はその他のお客様の生命、又は身体を保護するため、緊急やむを得ず、お客様に対して身体拘束等を行なう必要があると判断した場合は、施設の「身体拘束廃止に関する指針」に基づき、お客様又は身元引受人等に連絡し、身体拘束等を行なう理由・方法・時間・期間等を口頭及び文書により説明し同意を得る事とします。

特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護(短期利用型)の提供開始にあたり、お客様に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

(※特定施設入居者生活介護(短期利用型)におきましては重要事項説明書が契約書となります)

年 月 日

事業所

所在地 三沢市松園町2丁目7-7

名称 松園ケアラウンジ・スカイ

説明者氏名

私は、本書面により、事業者から特定施設入居者生活介護サービス及び特定施設入居者生活介護(短期利用型)についての重要事項の説明を受けました。

お客様 住所

氏名

連帯保証人 住所
及び身元引受人

氏名

お客様との続柄