令和7年5月1日 改正

重要事項説明書

地域密着型特別養護老人ホームたかだま

当施設は介護保険の指定を受けています。

（介護保険番号　０６９１６０００８４）

当施設は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスを提供します。事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

* 当サービスの利用者は、原則として要介護認定の結果「要介護３」

「要介護４」「要介護５」と認定された方が対象となります。

１　事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | 　社会福祉法人羽陽の里 |
| 法人所在地 | 〒９９４－００６５　山形県天童市大字清池１５５９番１ |
| 法人種別 | 　社会福祉法人 |
| 代表者氏名 | 　理事長　原田　則子 |
| 電話・ﾌｧｯｸｽ番号 | 　☎ ０２３（６７４）８７１１　　FAX ０２３（６７４）８７７７ |
| 法人設立年月日 | 　平成２６年５月１２日 |

２　施設の概要

（１）事業の目的

この事業は、介護保険法、老人福祉法及び関係法令に基づき、要介護状態にある高齢者（以下「入居者」という。）に対し、適正な地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービス（以下「施設サービス」という。）を提供することを目的とします。

（２）運営方針

明るく家庭的な雰囲気のもと、入居者の意思及び人格を尊重し、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、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話及び機能訓練、健康管理等、各種サービスを提供します。

また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、県、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び他の介護保険施設等のとの密接な連携に努めます。

（３）名称及び所在地

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の種類 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 施設の名称 | 地域密着型特別養護老人ホームたかだま |
| 事業所の所在地 | 　山形県天童市大字清池１５５９番１ |
| 管 理 者 | 　施設長　　武田　庄司 |
| 開設年月日 | 　平成２７年４月１日 |
| 電話・ＦＡＸ番号 | 　☎０２３（６７４）８７１１　　ＦＡＸ　０２３（６７４）８７７７ |

（４）居室・設備等の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 敷　地 | 　３，０００．００㎡ |
| 建　物 | 構　　　造 | 　鉄筋コンクリート造３階建耐火構造 |
| 延べ床面積 | 　２，３６７．８９㎡ |
| 利用定員 | 　２９名 |
| 居室の種類 | 室　数 | 面　積 | １人あたりの面積 |
| １人 部屋 | ２９室 | ３２２．５８㎡ | １１．１２㎡ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設備の種類 | 室　数 | 面　積 | １人あたりの面積 |
| 共同生活室 | ３　室 | 　　９６．８４㎡ | 　　　　３．３３㎡ |
| 個 浴 室（2階） | １　室 | 　　１２．００㎡ | ―― |
|  個 浴 室（3階） | １  室 | 　　１０．００㎡ | ―― |
|  特殊浴室（3階） | １  室 |     １５．００㎡ | ―― |
| 医 務 室 | １  室 |     １３．１６㎡ | ―― |
| 静 養 室 | １  室 |  　  ８．４３㎡ | ―― |
| 機能訓練室 | １  室 |    ４７．８３㎡ | ―― |

３　職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の種類 | 員数 | 区　　分 | 常勤換算後の員　数 | 業務内容 |
| 常勤 | 非常勤 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 施設長 | １ | １ |  |  |  | 1 | 事業所を代表し、職員及び業務の管理と指揮命令 |
| 医師 | (1) |  |  |  | (1) |  － | 入居者の医療管理 |
| 生活相談員 | ２ | １ | 　　１ |  |  | 1.5 | 入退所事務と入居者及び家族等への相談業務 |
| 介護職員 | １７ | １３ |   | ４ |  | 15.8 | 入居者への介護業務全般と必要な相談・支援業務 |
| 看護職員 | ３ | １ |  ２ |  |  | 2 | 入居者への看護業務と医療機関との連携業務 |
| 機能訓練指導員 | ３ |  |  ３ |  |  | － | 入居者の機能訓練・指導等の業務 |
| 介護支援専門員 | ４ |  |  ４ |  |  | － | 個別支援計画作成等利用者のケアマネジメント業務 |
| 栄養士 | １ | １ |  |  |  | 1 | 入居者の栄養管理及び栄養指導等業務 |
| 事務職員 | ２ | ２ |   |  |  | 2 | 事業所の庶務及び会計事務、設備の維持管理業務 |

４　職員の勤務体制

|  |  |
| --- | --- |
| 従業員の職種 | 勤務体制・勤務時間帯 |
| 施 設 長 | （日勤Ｃ ）　８：３０～１７：３０ |
| 事務職員、生活相談員、管理栄養士、介護支援専門員等も原則日勤C勤務 |
| 介護職員 | （早勤Ａ ） ７：００～１６：００　（日勤Ｃ ） ８：３０～１７：３０（日勤Ｃ2）　９：３０～１８：３０　（遅番Ｂ ）１３：００～２２：００（夜勤Ｎ ）２２：００～　７：００上記が基本勤務形態です。その他パート職員用の勤務形態等があります。 |
| 看護職員 | （医務Ｃ ）　８：００～１７：００　（医務Ｃ2）　９：００～１８：００　　 |
| 医　　師 | ・毎月第１・第３水曜日　内科医が１３：３０～１５：３０まで勤務します。 |

５　事業の実施地域　　天童市

６　施設サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　別 | 内　　　　　容 |
| 食　　事 | ・栄養士の立てる献立表に基づき、入居者の身体状況や栄養に配慮し、バラエティに富んだ食事を提供します。・食事は離床を基本として食べていただけるように配慮します。・場所は希望と本人の状況により食堂やその他で喫食可能です。・食事時間は本人の希望や体調に合わせて選んでいただけます。 |
| 排せつ | ・入居者の状況に応じた適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立を目指した援助を行います｡ |
| 入　　浴 | ・週２回以上の入浴、又は清拭を行います。・寝たきり等の方には、特殊浴を実施します。 |
| 離床・着替静養等 | ・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。・着替えや整容は適切に行うよう配慮します。・シーツやその他の包布類は、常に清潔に努め随時交換いたします。 |
| 機能訓練 | ・機能訓練指導員（看護師）による入居者の身体状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように配慮します。 |
| 健康管理 | ・嘱託医師(内科)により、月２回 診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等の必要な場合には主治医あるいはかかりつけ医等に責任を持って引き継ぎます。・外部の医療機関に通院する場合は、介添えを行うよう配慮します。 |
| 嘱託医師 | ・氏名：池澤嘉弘　診療科：内科　診察日：第1・第3水曜日13：30～15：30 |
| 相談及び援助（相談窓口） | ・当施設では、入居者及び家族からの相談について誠意を持って応じ、必要な援助を行うよう努めます。主任生活相談員：阿部智恵美、介護支援専門員　渡辺真生 |
| 社会生活上の便宜 | ・必要な教養娯楽設備を整えるとともに施設で便宣の生活を実りあるものとするため、適宜レクレーション行事を企画・実施します。 |

（２）介護保険給付外サービス

|  |  |
| --- | --- |
| 種　　別 | 内　　　　　　容 |
| 特別な食事 | ・行事食、外食など特別な食事の場合は、実費をご負担いただきます。 |
| 理　　容 | ・月２回理容店の来所時にご利用いただけます。２，０００円／回（髭剃り含む場合２，５００円） |
| 日常生活品の購入代行　 | ・入居者及び家族らが自ら購入が困難である場合は、施設の購入代行サービスをご利用いただけます。 |
| 日常生活用品等 | ・写真　・口腔衛生用品　・トロミ剤　・栄養補助食品等個人的にかかる購入品 |
| 金銭管理 | ・金銭管理については、自己管理又は家族等管理を原則とします。・施設で現金、預金・預金証書及び印鑑等を管理する場合は、別に定める「社会福祉法人羽陽の里利用者の所有に係る現金及び預金等取扱要領」に基づき管理します。 |

７　利用料

（１）法定給付

|  |  |
| --- | --- |
|  | 利　　用　　料 |
| 法定代理受領の場合 | ユニット型個室 |
| 区　分 | サービス利用料金 | サービス利用に係る自己負担額 |
| 要介護　１ | **６，８２０円/日** | 法定代理受領サービスに該当するサービス費を控除してその支払を受けます。**（保険者が交付する「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が自己負担となります。）** |
| 要介護　２ | **７，５３０円/日** |
| 要介護　３ | **８，２８０円/日** |
| 要介護　４ | **９，０１０円/日** |
| 要介護　５ | **９，７１０円/日** |
| (別途)　　別紙「各種加算 一覧表」のとおり |
| ＊　介護職員等処遇改善加算Ⅰ介護報酬総単位数 × 0.14　に相当する額 |
|  | 法定代理受領でない場合　　・介護報酬の告示上の額　(施設介護サービスの基準額に同じ) |

（２）法定外給付

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 利　用　料（１日当たり） |
| ユニット型個室 |
| 食　費居住費 | 負担限度額 | 所得区分 | 食　費 | 居住費 |
| 第１段階 |  **３００円** |  **８８０円** |
| 第２段階 |  **３９０円** |  **８８０円** |
| 第３段階 | **①　 　 ６５０円** | **１，３７０円** |
| **②　１，３６０円** |
| 第４段階 |  **１，５７０円** | **２，０７０円** |

（３）利用料金のお支払方法

料金・費用は、１か月ごとに計算し、翌月の１５日までに請求書を送付しますので、送付した同月

　　　の２７日までにお支払いください。お支払方法は、原則として口座振替でお願いいたします。特別な

事情等がある場合にはご相談ください。

８　苦情申し立て

|  |  |
| --- | --- |
| 当施設ご利用の苦情相談窓口 | ・苦情対応委員会事務局　苦情対応責任者：施設長・ご利用時間：月～金（8時30分～17時00分(ただし、祝日及び年末年始を除く）・ご利用方法：電話による受付　☎０２３－６７４－８７１１　　外部委嘱担当者による面接及び調査、文書による受付　その他、玄関に意見箱を設置 |
| 苦情受付担当者 | ・主任生活相談員　 阿部智恵美、介護支援専門員　渡辺真生 |
| 苦情対応第三者委員 | ・荒木隆俊（元羽陽学園短期大学教授）　 　　寒河江市中郷1667-1 ・渡邉則幸（社会福祉士・愛泉会事務局次長)　山形市緑町二丁目7-10 A303・菊地剛也（県社会福祉事業団職員） 　　　　寒河江市高松212 |
| 公的苦情窓口 | ・山形県国民健康保険団体連合会　 　　 （月～金 ９時～１６時）　　寒河江市大字寒河江字久保６番地　　　 ☎０２３７－８７－８００６ |
| ・山形県福祉サービス運営適正化委員会　　（月～金 ９時～１６時）　　山形市小白川町二丁目３番３１号　　　 ☎０２３－６２６－１７５５ |
| ・天童市健康福祉部保険給付課　　　 　　（月～金 ８時３０分～１７時１５分）　　天童市老野森一丁目１番１号　 　　　☎０２３－６５４－１１１１（代表） |

９　事故発生時の対応

当施設の入居者に対して行う支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに入居者の家族、代理人等、天童市に連絡を行うともに必要な措置を講じます。事故が発生した際にはその原因を解明し、再防止のための対策を講じます。

１０　秘密保持及び個人情報の保護

（１） 施設長及び職員は正当な理由なく、その業務上知り得た入居者又はその家族等の秘密を第三者に漏

らしません。退職後においてもこれらの秘密を保守します。

（２） 施設サービスの提供等において個人情報を用いる場合は、入居者及び家族、又は代理人等の同意を

あらかじめ文書により得るものとします。

１１　協力医療機関及び協力歯科医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 天童温泉篠田病院 | 医療法人笹原歯科医院 |
| 所　在　地 | 山形県天童市鎌田一丁目７番１号 | 山形県山形市五十鈴三丁目９番２３号 |
| 電話番号 | ０２３‐６５３‐５７１１ | ０２３‐６３１‐８１０１ |

１２　非常災害時の対応

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | 別途定める当施設の消防計画に基づき、対応を行います |
| 近隣との協力関係 | 非常時は、隣接する羽陽学園短期大学からも協力を得ます。 |
| 平常時の訓練 | 別途定める当施設の消防計画に基づき、夜間及び昼間の避難訓練を実施します。 |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成27年3月9日　　　防火管理者：高橋幹也 |

１３　当施設ご利用の際に留意いただく事項

|  |  |
| --- | --- |
| 来訪・面会 | 面会時間は8：00～19：00とし、面会簿に記入をお願いします。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際は、所定の用紙により申し出てください。 |
| 居室・設備器具のご利用 | 施設内の居室や設備、器具等は本来の用法に従ってご利用ください。これに反してご利用になり破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。 |
| 喫　　　煙 | 社会福祉法人羽陽の里建物内は全て禁煙とします。 |
| 迷惑行為等 | 他の入居者の迷惑となるような行為及び職員への暴言・暴力等を含むハラスメント全般の行為等は禁止いたします。状況によりその都度ご相談いたします。 |

１４　施設賠償保険

当施設は、社会福祉事業者総合保険に加入しております。

１５　**第三者評価の受審状況について**

　　　　 評価機関が実施する福祉サービス第三者評価事業は受審していません。なお、法人独自の第三者による評価事業を実施し、意見交換を行いサービスの質の向上に努めております。

１６　緊急時の対応方法

　　　入居者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な対応を講ずるほか、家族の方に連絡いたします。

◎緊急連絡先（第１）氏 名

 住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　利用者との関係

◎緊急連絡先（第２）氏 名

 住　　所

　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　 利用者との関係

※その他連絡関係

私は、施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要な事項の説明を行いました。

説明日　　令和　　年　　月　　日

事　業　者　地域密着型特別養護老人ホームたかだま

説明者　　職　名　　　　　　　　　　　　 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、施設サービスの提供開始に同意しました。

同意日　　令和　　年　　月　　日

契約者(入居者)

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

本人が自署困難なため、本人の意思を確認した上、代理署名します。

代　理　人

住　　所　〒

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 　契約者(入居者)との関係

別紙「各種加算一覧表」

令和6年4月1日改正

|  |  |
| --- | --- |
| 加算の名称 | 単位数（金額） |
| ① 日常生活継続支援加算 (Ⅱ) | 46単位（ 460円／日） |
| ② サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) | 22単位（ 220円／日） |
| ③ 看護体制加算 (Ⅰ)イ、(Ⅱ)イ | 12単位（ 120円／日）、23単位（ 230円／日） |
| ④ 夜間職員配置加算 (Ⅱ)イ | 46単位（ 460円／日） |
| ⑤ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 　　 3単位（　30円／日） |
| ⑥ 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) | 月 50単位（ 500円／月） |
| ⑦ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 月　10単位（　100円／月） |
| ⑧ 栄養マネジメント強化加算 | 11単位（ 110円／日） |
| ⑨ 口腔衛生管理加算 (Ⅰ)・(Ⅱ) | (Ⅰ)月90単位（ 900円／月）、（Ⅱ）月110単位（1,100円／月） |
| ⑩ 安全対策体制加算 | 一人につき1回を限度　20単位（　200円）（新規入所時のみ） |
| ⑪ 入院・外泊時加算 | 246単位（2,460円／日）月に6日を限度 |
| ⑫ 初期加算 | 30単位（ 300円／日）30日以内の期間 |
| ⑬ 退所時情報提供加算 | 一人につき1回を限度　250単位（2,500円）（退所し医療機関に入院する場合） |
| ⑭ 看取り介護加算 (Ⅰ) |  72単位（　 720円／日）死亡日以前31日～45日以内144単位（ 1,440円／日）死亡日以前4日～30日以内680単位（ 6,800円／日）死亡日以前2、3日1280単位（12,800円／日）死亡日 |

 (に0ネジメント強化加

注1：①と②のいずれかを算定します。当施設は、昨年度同様①が該当します。

（新規入所者の要介護度（6か月ごと又は1年間の実績）により変動する加算です。）

1. 看護体制加算は、昨年度同様該当しますが、看護職員数が減少すると非該当となります。

注2：⑧～⑭は、該当者のみの加算です。

注3：各加算は、入居者の状況、職員体制や資格取得状況等により該当・非該当になるなど、加算毎に認

定基準があります。変更及び廃止等は天童市にその都度届出を行って対応しております。

**注4：実際にご負担いただく金額は、保険者が交付する「介護保険負担割合証」に記載された負担割合が**

**自己負担となります。**