

指定地域密着型介護老人福祉施設 猿投の楽園 重要事項説明書

《 令和 5年 6月 1日 現在 》

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 志楽園福祉会
法人所在地	豊田市加納町向井山9番1
代表者名	理事長 小堀 誠
電話番号	0565-41-6511
FAX番号	0565-41-6544

2 事業所番号

施設の名称	特別養護老人ホーム 猿投の楽園
施設の所在地	豊田市加納町向井山9番1
代表者名	施設長 日比野 正
電話番号	0565-41-6511
FAX番号	0565-41-6544
事業所番号	2393000407

3 施設の目的及び運営方針等

[施設の目的]

施設に配置する従業員(以下「職員」という。)が、施設を利用される要介護状態の方(以下「利用者」という。)に対し、適正な指定地域密着型介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。

[運営方針]

- (1) この施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭におき、利用者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の世話、機能訓練・健康管理及び療養上の世話を行うものとします。
- (2) この施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定介護福祉サービスの提供につとめるものとします。
- (3) この施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携につとめるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供につとめるものとします。

[その他]

- (1) この施設の介護支援専門員は、利用者の有する能力及び置かれている環境等の評価を通じ、利用者が現に抱えている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を適切な方法により把握し、施設サービス計画を作成するものとします。
- (2) この施設のサービスは、施設サービス計画に基づき行うものとするが、漫然かつ画一的なサービスにならないよう、常に配慮して行うものとします。
- (3) この施設の職員は、施設サービスの提供において、懇切丁寧を旨とし、利用者またはその家族に対し、処遇上必要な事項について、理解しやすいように説明を行うものとします。
- (4) この施設は、自らその提供する施設サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- (5) この施設は、職員に対しその資質の向上のための研修等の機会を確保するものとします。

4 施設の概要

(1) 構造及び利用定員等

建物	構造	建築延面積
	鉄骨造	2,277.17㎡
利用定員	地域密着型介護老人福祉施設	29名
敷地面積	5,150.85㎡	

(2) 居室

居室	客室	人数	面積
ユニット型	29	29	11.70㎡

(3) 主な設備等

種類	面積	備考
共同生活室	67.05㎡	各ユニット
トイレ	4.00㎡	
浴室①	25.58㎡	
浴室②	10.07㎡	
地域交流スペース	115.57㎡	
医務室	10.17㎡	
事務室	10.53㎡	

5 施設の職員体制

職員の職種	人員	区分	職務内容
施設長	1	常勤専従	職員を指揮監督し、業務の実施状況の把握と事業の管理を一元的に行うものとします
嘱託医師	1	非常勤	施設内診療において、利用者の健康管理に対する措置及び診療上の指導等を行うものとします
生活相談員	1	常勤専従	利用者又はその家族からの相談に対応及び必要な援助・指導等を行い、サービス上の連絡調整に従事するものとします
看護職員	2以上	常勤専従	利用者の健康状態を把握し、配置医師等の指示により、利用者の健康維持の為に必要な看護を行うものとします
介護職員	16以上	常勤11 非常勤5	利用者個々の心身の状態に応じ、可能な限りその自立の支援を念頭に、充実した生活が送れるよう、日常生活上の介護及び相談・援助を行うものとします
機能訓練指導員	1	非常勤	利用者個々の心身の状態を踏まえ、日常生活を営む上での必要な機能の改善又は維持及び減退防止の為に機能訓練を行うものとします
介護支援専門員	1	常勤専従	利用者個々の心身の状態に応じ、施設サービス計画の作成を行い、実施状況の把握及び計画の見直し・変更を行うものとします
管理栄養士	1	常勤	利用者個々の身体の状態に合った、食の対する献立の作成及び栄養管理・衛生管理等を行うものとします

6 職員の勤務体制

職員の職種	勤務体制	休憩
施設長	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00
嘱託医師	月2回 各3時間以上勤務	
生活相談員	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00
看護職員	日勤(08:30～17:30) 常勤で勤務	12:00～13:00
介護職員	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00
	早出(07:00～16:00) 常勤で勤務	勤務時間内で1時間
	遅出(12:00～21:00) 常勤で勤務	勤務時間内で1時間
	夜勤(21:00～07:00) 常勤で勤務	勤務時間内で2時間
機能訓練指導員	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00
介護支援専門員	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00
管理栄養士	日勤(09:00～18:00) 常勤で勤務	12:00～13:00

7 施設サービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
食事	管理栄養士が立てた献立により、栄養と利用者の身体の状態に配慮した食事を提供します (食事時間)朝食7:00～、昼食12:00～、夕食18:00～
入浴	週2回以上の入浴又は清拭を行います 寝たきり等で座位のとれない方は、機械浴での入浴も可能です
排泄	利用者の状況に応じて、適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います
離床・着替え・整容等	寝たきり防止の為に、出来る限り離床に配慮します 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します シーツ交換は週1回行います
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者の心身の状態に適した機能訓練を行い、心身機能の改善・維持及び減退防止に努めます
健康管理	嘱託医師により、適宜診察等を行い健康管理に努めます また、緊急時必要な場合には主治医あるいは搬送先の病院に引継ぎ致します
レクリエーション等	適宜利用者の為に施設内レクリエーション及び野外レクリエーションを行います
相談及び援助	利用者とその家族からのご相談に応じます

8 利用料金

(1) 介護保険サービス利用料金

利用料は、原則として厚生労働大臣が定める基準額の「1割」「2割」「3割」が自己負担となります

利用料のお支払い後に領収書を発行致します

※ 利用者負担の割合につきましては、保険者より交付される「介護保険負担割合証」に記載の通りとなります

※ 当事業所の介護報酬総額は1単位10.54円で算定されます

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用自己負担料金》

個室ユニット (1日あたり)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	661単位	730単位	803単位	874単位	942単位

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用加算料金》

●	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位
	サービス提供体制加算(Ⅰ)イ	18単位
	サービス提供体制加算(Ⅰ)ロ	12単位
	サービス提供体制加算(Ⅱ)	6単位
	サービス提供体制加算(Ⅲ)	6単位
●	看護体制加算(Ⅰ)	12単位
●	看護体制加算(Ⅱ)	23単位
	個別機能訓練加算	12単位
●	夜勤職員配置加算(Ⅱ)	46単位
●	栄養マネジメント強化加算	14単位
	経口移行加算	28単位
	経口移行加算(Ⅰ)	月400単位
	経口移行加算(Ⅱ)	月100単位
	療養食加算	18単位
	常勤医師加算	25単位
	精神科医師定期的療養指導加算	5単位
※	看取り介護加算(Ⅰ) ※逝去31日前から45日前	72単位
※	看取り介護加算(Ⅰ) ※逝去4日前から30日前	144単位
※	看取り介護加算(Ⅰ) ※逝去前日及び前々日	680単位
※	看取り介護加算(Ⅰ) ※逝去日	1280単位
	若年性認知症入所者受入加算	120単位
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位
	口腔衛生管理体制加算	月30単位
	口腔衛生管理加算	月110単位
●	初期加算 ※入所日から30日分のみ算定	30単位
●	安全対策体制加算 ※入所時1回のみ算定	20単位
※	外泊自費用 ※入院も含む	246単位
※	退所前(後)訪問相談援助加算	460単位
※	退所時相談援助加算	400単位
※	退所時連携加算	500単位
※	配置医師緊急時対応加算 ※早朝・夜間 1回毎	650単位
※	配置医師緊急時対応加算 ※深夜 1回毎	1300単位
●	排泄支援加算(Ⅰ)	月10単位
●	褥瘡マネジメント加算	月3単位
●	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	総単位数の8.3%
●	特定処遇改善加算(Ⅱ)	総単位数の2.7%
●	介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位数の1.6%

【備考】

- 1 基本報酬は各位の要介護度に即した単位が算定されます
 - 2 ●が付いている加算は、全ての方が対象となります
 - 3 ※が付いている加算は、そのサービス提供を行った方及びその事象となった方が対象となります
 - 4 看取り加算は、ご逝去された日から遡って45日が算定の上限となります
 - 5 30日を超える入院を経て再入所された場合、再度初期加算の算定対象となります
- (2) 介護保険給付対象外サービス利用料金
ご利用者の食事費及び居住費(滞在費)にかかる費用(1 日当たり)です
但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方につきましては、その認定証に記載された金額(1 日当たり)のご負担となります

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用食事自己負担料金》

自己負担額 (1日あたり)	1段階	2段階	3段階(1)	3段階(2)	4段階(基準)
	300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,600 円

《指定地域密着型介護老人福祉施設利用居住費(滞在費)自己負担料金》

自己負担額 (1日あたり)	1段階	2段階	3段階(1)	3段階(2)	4段階(基準)
	820 円	820 円	1,310 円	1,300 円	2,300 円

《入院・外泊時の居住費(滞在費)について》

利用者のために居室を確保している場合、第4段階の方は入院・外泊の翌日より、第1～3段階の方は、6日(入院外泊費用の対象期間)までは負担限度額認定の適用とし、7日以降は原則として全額負担となります。

《その他の利用料金》

	料金及び内容の説明
電気代使用料金	利用者が、個人的に持込まれて使用される場合の電気使用料金として、1台につき1日あたり100円の負担となります。
理美容料金	利用者の希望により、出張による理美容サービスを受けることができます。但し実費自己負担となります。
医療機関への受診	医療機関への受診(医療費)については、医療保険適用の為実費自己負担となります。
レクリエーション費用	レクリエーション材料費・クラブ活動材料費・行事材料費・居室の環境整備材料費・その他1日100円

9 利用料金のお支払い方法

毎月月末に締め切り、翌月の15日頃に請求書を送付します。お支払い方法は、原則として口座引き落としになります。但し、引き落とし手続き完了までに約2～3ヶ月掛かる場合がありますので、それまでのお支払いにつきましては、下記指定口座へ銀行振込にてお願いします。(振替日は28日になります)

金融機関名 : 豊田信用金庫 野見山支店
 口座番号 : 普通預金口座(口座番号1205150)
 講座名義 : 社会福祉法人志楽園福祉会 理事長 小堀 誠

10 利用者の入院期間中の取扱い

この施設は、病院または診療所に入院する必要が生じた利用者において、入院後概ね3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれる場合は、その利用者及びその家族の希望等を勘案し、必要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再びこの施設の入所利用が円滑にできるようにするものとする。
 長期入院となる場合には、一旦退居して頂く場合があります。

11 サービス内容等に関する苦情等相談

[相談窓口]

受付担当責任者	受付ご利用時間	ご利用方法
生活相談員 (浅田 佑二郎)	9:00～18:00	・電話 (0565-41-6511) ・FAX (0565-41-6544) ・面接 (面談室又は応接室等)

[苦情処理体制及び手順]

- ① 苦情処理担当者が相談者本人に直接伺って、苦情内容の詳細把握を行います。
- ② 苦情内容について管理者を含め対応策の検討を行います。
- ③ 苦情処理担当者が相談者に検討結果の説明を行います。
- ④ 苦情処理についての内容・対応結果等について台帳管理を行い、苦情の処理後も職員教育等を徹底して、再発防止に努めます。

12 非常災害時の対策

非常時の対応・対策	・当施設の消防計画を基に対応を行います。 ・関係機関への通報体制、定期的に職員に周知を行います。
避難訓練及び防災設備	当施設は、年6回昼間及び夜間を想定した非難訓練を、利用者の方も参加して行います。 (主要防火設備) ・スプリンクラー及び防火扉・シャッター ・避難階段及び誘導灯・屋内外消火栓及び消火器 ・自動火災報知機及びガス漏れ警報器
消防計画等	(豊田市消防本部への届出日) 令和元年5月8日 (防火管理者) 日比野 正

13 配置医師及び協力医療機関

提携医療機関(内科)	トータルサポートクリニック豊田 住所 豊田市永覚新町3-24-1 IKビル101 電話 0565-47-0847
提携医療機関(歯科)	塚本歯科医院 住所 豊田市日之出町2丁目9-21番地 電話 0565-31-7871

14 施設利用にあたっての留意事項

外出・外泊	外出・外泊の際には必ず職員に申出て頂き、外出・外泊許可願いの提出をお願いします。尚、1週間以上外泊される時は一旦退居して頂く場合があります。
面会	面会時間9:00～18:00 面会者は、面会簿に必要事項の記入をお願いします。
宗教・政治活動	事業所内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動は、ご遠慮下さい。
喫煙	決められた場所以外での喫煙は、ご遠慮下さい。
迷惑活動等	他の利用者に対する迷惑な行為はご遠慮下さい。

15 緊急時の対応

利用者に容体の急変等があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族等(緊急連絡先)の方にご連絡いたします。

主治医	病院名		
	所在地		
	連絡先	TEF	FAX
希望搬送先	病院名		
緊急連絡先 ①	氏名(続柄)	()	
	住所		
	連絡先	携帯	自宅
緊急連絡先 ②	氏名(続柄)	()	
	住所		
	連絡先	携帯	自宅

16 事故発生時・事故防止及び再発防止の対応

- (1) この施設は、事故発生時の対応等の指針を整備し、利用者に対して指定介護老人福祉施設サービスの提供を行う。尚、サービス提供時に事故が発生した場合は、速やかに市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。
- (2) この施設は、事故防止のための委員会、職員への研修を定期的に行うものとする。
- (3) この施設は、事故の再発を防止するため、事故発生の報告、分析、改善策を職員へ周知徹底し体制を整備するものとする。

17 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 無

実施した場合

実施日 年 月 日

評価の開示について 無

当施設は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設サービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	豊田市加納町向井山9番1	
	事業者(法人)名	社会福祉法人 志楽園福祉会	
	事業所名	特別養護老人ホーム 猿投の楽園	
	事業所番号	2393000407	
	代表者名	施設長 日比野 正	印

説明者	生活相談員 浅田 佑二郎	印
-----	--------------	---

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人(選任した場合)

住所

氏名

印

身元引受人

住所

氏名

印

同意確認事項

- 1 医療体制について
 - 一 往診時等主治医の診察や指示により、治療や検査が必要となった場合は、ご家族様の同行により病院受診をして頂く事となります。
 - 二 緊急を要する状態の際は、場合によっては施設職員にて救急搬送同乗対応を取らせて頂く場合がありますが、ご家族様も必ず搬送先の病院へはお越し頂き、ご家族様が病院へ到着次第ご家族様へその後の対応を一旦お願いする事となります。
- 2 日常生活用品等について
 - 一 口腔ケア用品等の消耗品については、適宜ご家族様にてご用意頂きますようお願い致します。
 - 二 衣類や食器類、また家具等その他生活用品につきましても、必要時に都度ご家族様にてご用意頂きますようお願い致します。
 - 三 趣味趣向品や個別で必要となる物につきましても、必要時に都度ご家族様にてご用意頂きますようお願い致します。
 - 四 衣類等は基本的にはお名前のご記入を頂いておりますが、記載がない、もしくは分かり難い状態となっている場合は当施設にて記入させて頂きます。
- 3 ご家族様ご来設頻度について
 - 一 概ね半年に一度程度はケアプラン等の書類説明をさせて頂き、ご署名を頂く必要がある為、施設からのご連絡に合わせ、日時を調整のうえ都度ご来設頂く必要があります。
 - 二 介護保険認定やその他公的交付申請手続き等が必要な際は、書類のご用意等ご家族様へお願いする場合があります為、都度ご協力頂きますようお願い致します。
- 4 SNS等の活用について
施設にてブログやInstagram等のSNSを活用し、ご入居者様の日常のご様子や、行事・イベント時等のご案内等を掲載させて頂いております。
ご入居者様のお顔等が写ったお写真の掲載の可否について、下記よりお選びください。

猿投の楽園ブログ
QRコード↓



猿投の楽園LINE
ID:sanagenorakuen
QRコード↓



掲載しても良いか…

☐ はい

☐ いいえ

令和 年 月 日

利用者

住所

0

氏名

0

印

代理人(選任した場合)

住所

氏名

印

身元引受人

住所

0

氏名

0

印

個人情報使用同意書

私は、契約書及び本重要事項説明書に基づいて、地域密着型介護老人福祉施設のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意します。

1 使用する目的

利用者の適切な介護サービス提供が施されるため、または円滑なサービスの提供が施されるために、実施されるサービス担当者会議や、主治医との協議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において、情報の共有が必要と判断される場合。

2 使用する期間

令和 年 月 日～ 前項の必要性がなくなるまで。

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

特別養護老人ホーム 猿投の楽園
施設長 日比野 正

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名

印

代理人(選任した場合)

住所

氏名

印

身元引受人

住所

氏名

印

