

特別養護老人ホーム「しおさい岬」重要事項説明書

1. ユニット型地域密着型介護老人福祉施設の概要

(1) 当施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム しおさい岬
所在地	青森県下北郡大間町大字大間字大間平38番地511
電話番号	0175-31-1155
FAX番号	0175-31-1108
事業所番号	0292600053

(2) 当施設の職員体制（短期入所生活介護と兼務）

職名	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者（施設長）	1名		1名	介護従業者及び業務の管理
医師		1名	1名	健康管理及び療養上の指導
生活相談員	1名		1名	生活相談、処遇の企画や実施等
栄養士	1名		1名	食事の献立作成、栄養指導
介護職員	15名	3名	18名	日常生活全般の介護並びに相談、助言等
看護職員	1名	3名	4名	健康管理や療養上の世話
機能訓練指導員	(1名)		(1名)	機能訓練に関する業務
介護支援専門員	(1名)		(1名)	施設サービス計画等に関する業務
事務職員	2名		2名	預かり金等に関する業務
介助員		2名	2名	洗濯及び清掃業務
計	21名	9名	30名	

(3) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	
医師	毎月第2・4 水曜日	
看護職員 及び 介護職員	早番1	6:00～15:00
	早番2	6:30～15:30
	早番3	7:00～16:00
	早番4	7:30～16:30
	日勤1	8:00～17:00
	日勤2	8:30～17:30

	日 勤 3	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	日 勤 4	9 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
	遅 番 1	1 2 : 1 5 ~ 2 1 : 1 5
	遅 番 2	1 2 : 3 0 ~ 2 1 : 3 0
	遅 番 3	1 2 : 4 5 ~ 2 1 : 4 5
	遅 番 4	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	夜 勤 1	2 1 : 0 0 ~ 7 : 0 0
	夜 勤 2	2 1 : 1 5 ~ 7 : 1 5
	夜 勤 3	2 1 : 3 0 ~ 7 : 3 0
	夜 勤 4	2 1 : 4 5 ~ 7 : 4 5

(4) 当施設の設備の概要

(共有設備)

医 務 室	1室	6.13 m ²	脱 衣 室	1室	4.35 m ²
面 談 室	1室	13.48 m ²	研修・会議室		32.08 m ²
浴 室	機械浴室	14.41 m ²	介護職員室		20.47 m ²

(ユニットA 定員10名)

居 室	1人部屋10室 (1室12.39 m ²)	共同生活室 (リビング)	38.74 m ²
浴 室	小浴室	台 所	5.58 m ²
脱 衣 室	5.52 m ²		

(ユニットB 定員10名)

居 室	1人部屋10室 (1室12.39 m ²)	共同生活室 (リビング)	38.74 m ²
浴 室	小浴室	台 所	5.58 m ²
脱 衣 室	5.52 m ²		

(ユニットC 定員9名)

居 室	1人部屋9室 (1室12.39 m ²)	共同生活室 (リビング)	38.74 m ²
浴 室	小浴室	台 所	5.58 m ²
脱 衣 室	5.52 m ²		

2. 当施設の特徴等

(1) 運営の方針

施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅での生活への復帰を念頭に置いて、入居前の生活と入居後の生活の連続性に配慮しながら、入浴、排せつ、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活上の援助、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う。そのことにより、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、その有する能力に応じて自律的な日常生活を営んでいただくことを目的としています。

(2) サービスの利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	年12回内部勉強会を実施します。(外部研修は適時実施)
事業提供マニュアル	事業計画に添った余暇サービスを提供いたします。
サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します。
変更の申し込み方法	サービス開始日の前日までに事業者申し出るものとします。
身体的拘束	入居者又は、他の入居者の生命又は、身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行わない。

(3) サービスの利用に当たっての留意事項

面 会	面会時間 午前 7時～午後 9時 (来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください)
外 出 ・ 外 泊	外出・外泊の際は、外出・外泊届に必要事項を記入してください。
飲 酒 ・ 喫 煙	医師の指示がある方は、ご遠慮いただく場合があります。
所持品の持ち込み	原則として、身の回り品は持ち込み可能です。
設備、器具の利用	設備、器具はご自由にお使いください。
金銭、貴重品の管理	ご希望により通帳、届出印の管理を行います。また、小口支払いや介護費用など日常必要な程度の金銭を管理致します。

3. サービスの内容

サ ー ビ ス	内 容
居 室 の 提 供	ユニット型個室になります。
食 事	朝食 7:30～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～
入 浴	個浴の実施など、入居者の意向に応じた入浴を週に最低2回していただきます。ただし、状態に応じ、特別浴又は清拭となる場合もあります。
生 活 相 談	生活相談員に、日常生活に関する事などについて相談できます。
機 能 訓 練	生活機能の改善又は、維持のための機能訓練を行います。

介 護	食事、排泄、入浴等日常生活全般において実施いたします。
健 康 管 理	医師の指示により健康管理、保健管理を行います。
レクリエーション	グループワーク、趣味（絵画、習字、音楽等）その他行事、随時ボランティアの慰問もあります。

4. 利用料金

(1) 介護保険の基準サービス

①ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービス料

	1日当りの利用料金	介護保険適用時の1日当りの自己負担額
要介護度 1	6,820円	682円
要介護度 2	7,530円	753円
要介護度 3	8,280円	828円
要介護度 4	9,010円	901円
要介護度 5	9,710円	971円

②付加サービスの利用料

☆サービス利用以外でお支払いいただく料金（1割の場合）

◎看護体制加算（Ⅱ）イ	1日	23円
◎夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	1日	46円
◎サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	1日	6円
◎科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	1月	40円
◎安全対策体制加算	1日	20円（1回を限度として）
◎初期加算…入所日から30日間・1ヶ月間以上の入院から退院後	1日	30円
◎退所時等相談援助加算	・退所前訪問相談援助加算	1回 460円
	・退所後訪問相談援助加算	1回 460円
	・退所時相談援助加算	1回 400円
	・退所前連携加算	1回 500円
◎療養食加算	1回	6円
◎介護職員等処遇改善加算（新加算Ⅱ）		

介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)136/1000（1月につき）

《加算要件》

看護体制加算（Ⅱ）イ	常勤の看護職員を常勤換算方法で2名以上配置
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ	該当する職員の配置による
サービス提供強化加算（Ⅲ）	看護・介護職員等の総数のうち、常勤職員の占める割合が100分75以上である

科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	<p>(1) 入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。</p> <p>(2) 必要に応じて施設サービス計画書を見直すなど、サービスの提供に当たって、(1)に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。</p>
初期加算	入所日から30日間又は入所後30日以上入院し、退院した場合
退所時等相談援助加算	<p>(1) 退所前訪問相談援助加算</p> <p>(2) 退所後訪問相談援助加算 退所前後に生活する居宅を訪問して相談援助を行う</p> <p>(3) 退所時相談援助加算 退所時に相談援助を行い、さらに退所後2週間以内に希望する居宅介護支援事業者等に必要な情報を提供する</p> <p>(4) 退所前連携加算 退所に先立って、居宅介護支援事業者と連携して退所後の必要な調整を行う</p>
療養食加算	<p>利用者の病状等に応じて、主治医より利用者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合 (胃潰瘍食・減塩食療法等・肝臓病食など)</p>
安全対策体制加算	入所初日に限り1回を限度として算定できる
入院・外泊時費用	入院・外泊期間のうち、入院又は外泊が初日と最終日を除いた日について、1月に6日間を限度として算定但し、月をまたぐ場合は最高12日間算定できる
介護職員等処遇改善加算(新加算Ⅱ)	事業所内での柔軟な職種間配分を認め、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直すための加算

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一度たんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 一定の所得以上の方は介護保険負担割合証に準じ2割又は3割負担となります。

※ ご契約者が、6日以内の入院又は、外泊された場合の利用料金は下記のとおりです。

	1日当りの利用料金	介護保険適用時の1日当りの自己負担額
サービス料金	2,460円	246円

(2) (1) 以外のサービス料金料

食費	1日 1,445円	
居住費	1日 2,066円	
希望食	実費	
日常生活費	理美容代	実費
	健康管理費	インフルエンザ等予防接種費用 実費
	レクリエーション費用	実費
	クラブ活動費	実費

※ 居室と食事に係る費用については、特定入所者介護サービス費の適用になる方は、下記の負担額となります。

利用者負担額

☆利用者負担第1段階

	居 住 費	食 費
ユニット型個室	880円	300円

☆利用者負担第2段階

	居 住 費	食 費
ユニット型個室	880円	390円

☆利用者負担第3段階①

	居 住 費	食 費
ユニット型個室	1,370円	650円

☆利用者負担第3段階②

	居 住 費	食 費
ユニット型個室	1,370円	1,360円

☆利用者負担第4段階

	居 住 費	食 費
ユニット型個室	2,066円	1,445円

(3) 料金の支払方法

1か月ごとに計算し、ご契約者はこれを翌月の末日までにお支払いください。

お支払方法は、銀行振込、窓口支払、又は青い森信用金庫の口座より引き落としもできます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご契約者のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の14日前までにお申し出ください。

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。

- ・ ご契約者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ご契約者の要介護認定区分が、非該当（自立・要支援）と認定された場合
- ・ ご契約者が亡くなられた場合

③その他

- ・ ご契約者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、又はご契約者やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の7日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。
- ・ ご契約者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後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

6. サービス内容に関する苦情

①「しおさい岬」のお客様相談・苦情窓口

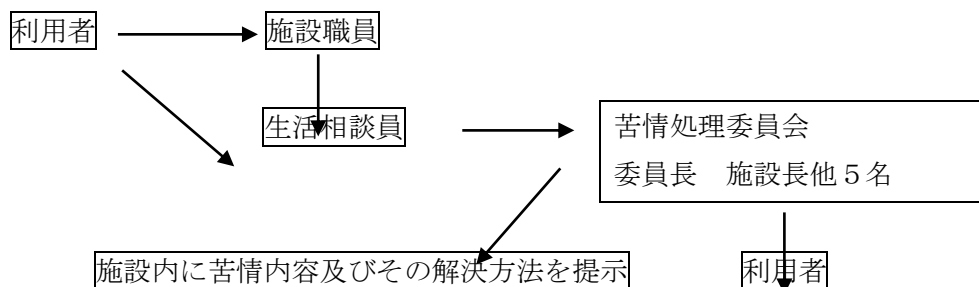
担当者 生活相談員

電話番号 0175 - 31 - 1155 FAX 0175 - 31 - 1108

受付 年中（ただし 12月31日 ～ 1月2日を除く）

受付時間 午前 9時 ～ 午後 5時

(苦情処理フロー)



ほかに、大間町健康づくり推進課 電話 0175-37-2111
 青森県国民健康保険団体連合会相談苦情窓口 電話 0177-23-1336

②その他

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・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族 ①	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族 ②	氏名			
	連絡先		連絡先	

8. 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、ご契約者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

又、ご契約者に対して施設の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当施設は、あいおい損保会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

9. 非常災害対策

防災時の対応	まず119番に通報し、自衛組織に基づき、入所者を安全な場所に誘導し且つ、消火に努める。
防災設備	1. 誘導灯設備 2. 非常放送設備 3. 自動火災報知設備 4. スプリンクラー設備 5. 消火器設備 6. 消防機関通報設備 7. カーテン等の防煙措置
防災訓練	年2回実施する。
防火責任者	専任の責任者を任命しています。

10. 守秘義務

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさない。ただし、担当者会議、主治医、他の事業者等からの照会等については、この重要事項説明書により、本人、家族の同意を得たものとして、情報提供するものとする。

1 1. その他

短期入所生活介護も行っております。

ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始にあたり、別紙書面にに基づき重要事項の説明をおこないました。

特別養護老人ホーム しおさい岬

説明者氏名

印

私は、別紙書面により事業者から重要事項の説明を受け、ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供に同意しました。

また、サービス担当者会議等において、利用者及び家族の個人情報を用いることに同意します。

利用者 氏名

印

ご家族 氏名

印