

特別養護老人ホーム楽生苑

重要事項説明書

あなたに対する施設介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	新生福祉会
法人所在地	広島県尾道市瀬戸田町林1288番地6
法人種別	社会福祉法人
代表者指名	理事長 山中 康平

2 ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム楽生苑
施設の所在地	広島県尾道市瀬戸田町林1288番地6
施設長名	施設長 津田 昌徳
電話番号	0845-27-2943
ファクシミリ番号	0845-27-2927

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、在宅で生活することが困難な原則要介護3から要介護5に認定された方が、安心して生活することができるように、介護及び医療・看護サービスを提供することを目的とし、経営・運営しております。ただし要介護1・2の方でもやむを得ない事情で居宅において日常生活を営むことが困難な場合には、特例的に入所が認められます。
施設運営の方針	みんなが受け入れられる居場所づくりを目指して

4 施設の概要

居室の種類	室数
1人部屋	6室
2人部屋	8室
4人部屋	12室 (ショート4室含む)
浴室	1室
特殊浴室	1室
食堂・機能訓練室	4室
医務室	1室

5 職員体制(主たる職員)

職名	配置数	配置基準
施設長(管理者)	1名	1名
医師(嘱託)	3名	1名
生活相談員	1名	1名
介護支援専門員	1名	1名
介護職員	21名以上	21名
看護職員	3名	3名
機能訓練指導員	1名	1名
栄養士	1名	1名

※介護職員・看護職員以外は地域密着型特別養護老人ホーム楽生苑いこいの里との兼任です。

※介護支援専門員1名は介護職員と兼務です。

6 職務内容

職名	職務内容
施設長(管理者)	管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う
生活相談員	生活相談員は、利用者及びその家族の必要な相談に応じるとともに、適切なサービスが提供されるよう、事業所内のサービス調整、居宅介護支援事業者等他の機関との連携を図る
介護職員	介護職員は、短期入所生活介護の提供に当たり利用者の心身の状況等を的確に把握し、利用者に対し、適切な介助を行う
看護職員	看護職員は、健康チェック等を行うことにより利用者の健康状態を的確に判断すると共に、利用者が各種サービスを利用するために必要な措置を行う
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、利用者が日常生活を営むのに必要は機能の減退を防止するために必要な機能訓練及び指導を行う
介護支援専門員	施設サービス計画の作成、進行管理および評価を行う。
医師(嘱託)	医師は、利用者の診察、健康管理及び保健衛生指導を行う
栄養士	栄養士は、利用者の栄養管理及び食事提供に必要な献立業務を行う

7 職員の勤務体制

従業員の種類	勤務体制	休暇
施設長	常勤で勤務(8:30~17:30)	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯(8:30~17:30)	4週8休
介護職員	早出(7:00~16:00)	原則として4週8休
	早日勤(8:00~17:00)	
	日勤(8:30~17:30)	
	遅出(10:00~19:00)	
	夜勤(16:00~09:00)	

看護職員	日勤(08:30~17:30)	4週8休
機能訓練指導員	日勤(08:30~17:30)	4週8休
介護支援専門員	08:30~17:30	4週8休
医師	週1回(13:00~15:00)	
栄養士	08:30~17:30	4週8休

8 施設サービスの概要

(1) 法定給付

区分	利用料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (各利用者の負担割合に応じた額)
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) 介護保険給付サービス(多床室)

令和6年8月現在

介護認定	所得段階	居住費	食費	介護保険負担金			30日あたり合計金額		
				1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	1段階	0	300	589	1,178	1,767	26,670	44,340	62,010
	2段階	430	390				42,270	59,940	77,610
	3段階①	430	650				50,070	67,740	85,410
	3段階②	430	1,360				71,370	89,040	106,710
	4段階	915	1,500				90,120	107,790	125,460
要介護2	1段階	0	300	659	1,318	1,977	28,770	48,540	68,310
	2段階	430	390				44,370	64,140	83,910
	3段階①	430	650				52,170	71,940	91,710
	3段階②	430	1,360				73,470	93,240	113,010
	4段階	915	1,500				92,220	111,990	131,760
要介護3	1段階	0	300	732	1,464	2,196	30,960	52,920	74,880
	2段階	430	390				46,560	68,520	90,480
	3段階①	430	650				54,360	76,320	98,280
	3段階②	430	1,360				75,660	97,620	119,580
	4段階	915	1,500				94,410	116,370	138,330
要介護4	1段階	0	300	802	1,604	2,406	33,060	57,120	81,180
	2段階	430	390				48,660	72,720	96,780
	3段階①	430	650				56,460	80,520	104,580
	3段階②	430	1,360				77,760	101,820	125,880
	4段階	915	1,500				96,510	120,570	144,630

要介護5	1段階	0	300	871	1,742	2,613	35,130	61,260	87,390
	2段階	430	390				50,730	76,860	102,990
	3段階①	430	650				58,530	84,660	110,790
	3段階②	430	1,360				79,830	105,960	132,090
	4段階	915	1,500				98,580	124,710	150,840

※料金表の数字の単位は円です。

※合計料金は、30日で計算した場合の目安です。

(3)介護保険給付サービス(個室)

令和6年8月現在

介護認定	所得段階	居住費	食費	介護保険負担金			30日あたり合計金額		
				1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	1段階	380	300	589	1,178	1,767	38,070	55,740	73,410
	2段階	480	390				43,770	61,440	79,110
	3段階①	880	650				63,570	81,240	98,910
	3段階②	880	1,360				84,870	102,540	120,210
	4段階	2,100	1,500				125,670	143,340	161,010
要介護2	1段階	380	300	659	1,318	1,977	40,170	59,940	79,710
	2段階	480	390				45,870	65,640	85,410
	3段階①	880	650				65,670	85,440	105,210
	3段階②	880	1,360				86,970	106,740	126,510
	4段階	2,100	1,500				127,770	147,540	167,310
要介護3	1段階	380	300	732	1,464	2,196	42,360	64,320	86,280
	2段階	480	390				48,060	70,020	91,980
	3段階①	880	650				67,860	89,820	111,780
	3段階②	880	1,360				89,160	111,120	133,080
	4段階	2,100	1,500				129,960	151,920	173,880
要介護4	1段階	380	300	802	1,604	2,406	44,460	68,520	92,580
	2段階	480	390				50,160	74,220	98,280
	3段階①	880	650				69,960	94,020	118,080
	3段階②	880	1,360				91,260	115,320	139,380
	4段階	2,100	1,500				132,060	156,120	180,180
要介護5	1段階	380	300	871	1,742	2,613	46,530	72,660	98,790
	2段階	480	390				52,230	78,360	104,490
	3段階①	880	650				72,030	98,160	124,290
	3段階②	880	1,360				93,330	119,460	145,590
	4段階	2,100	1,500				134,130	160,260	186,390

※料金表の数字の単位は円です。

※合計料金は、30日で計算した場合の目安です。

(4)加算項目

加算名	負担割合		
	1割	2割	3割
日常生活継続支援加算Ⅰ	36 円/日	72 円/日	108 円/日
科学的介護推進体制加算Ⅱ	50 円/月	100 円/月	150 円/月
栄養マネジメント強化加算	11 円/日	22 円/日	33 円/日
ADL維持等加算Ⅰ	30 円/月	60 円/月	90 円/月
看護体制加算(Ⅰ)口	4 円/日	8 円/日	12 円/日
看護体制加算(Ⅱ)口	8 円/日	16 円/日	24 円/日
夜勤職員配置加算(Ⅲ)口	16 円/日	32 円/日	48 円/日
個別機能訓練加算Ⅰ	12 円/日	24 円/日	36 円/日
個別機能訓練加算Ⅱ	20 円/月	40 円/月	60 円/月
自立支援促進加算	300 円/月	600 円/月	900 円/月
安全対策体制加算	20 円/回	40 円/回	60 円/回
療養食加算	6 円/回	12 円/回	18 円/回
配置医師緊急時対応加算(早朝・夜間)	650 円/回	1300 円/回	1950 円/回
配置医師緊急時対応加算(深夜)	1300 円/回	2600 円/回	3900 円/回
看取り介護加算(死亡前45～31日前)	72 円/日	144 円/日	216 円/日
看取り介護加算(死亡前30～4日前)	144 円/日	288 円/日	432 円/日
看取り介護加算(死亡日前々日～前日)	680 円/日	1360 円/日	2040 円/日
看取り介護加算(死亡日)	1280 円/日	2560 円/日	3840 円/日
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 円/月	6 円/月	9 円/月
経口維持加算Ⅰ	400 円/月	800 円/月	1200 円/月
初期加算	30 円/日	60 円/日	90 円/日
外泊時費用	246 円/日	492 円/日	738 円/日
退所前訪問相談援助加算	460 円/回	920 円/回	1380 円/回
退所後訪問相談援助加算	460 円/回	920 円/回	1380 円/回
退所時相談援助加算	400 円/回	800 円/回	1200 円/回
退所前連携加算	500 円/回	1000 円/回	1500 円/回
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の14%(所定単位数は、基本報酬に上記の各種加算を加えた総単位数)		

(5)介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none">・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 ※食費は原則自己負担になっております。 (食事時間) 朝食 07:30～08:30 昼食 11:40～12:40 夕食 17:30～18:30
排 泄	<ul style="list-style-type: none">・入所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。
入 浴	<ul style="list-style-type: none">・年間を通じて週2回の入浴または清拭を行います。・寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いての入浴が可能です。
離床・着替え・整容等	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。・生活リズムを考え、朝夕の着替えを行うよう配慮します。・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none">・機能訓練指導員による入所者の状況に適した機能訓練を行ない、身体機能の低下を防止するよう努めます。
口腔衛生	<ul style="list-style-type: none">・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を実施し、各入居者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
健康管理	<ul style="list-style-type: none">・嘱託管理医師が定期的に診察を行い、健康管理に努めます。・緊急等の場合には協力医療機関とともに治療にあたります。・入所者が外部の医療機関に通院する場合には、その介添えについてできるだけ配慮します。 (当施設の管理医師) 氏 名:中郷 吉二郎(楽生苑診療所) 診療科:内科・婦人科 診察日:月1回 13:00～15:00
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none">・当施設は、入所者及びその家族からいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口)生活相談員 村上 乃子
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none">・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとします。

(6)介護保険外サービス

区分	利用料・内容
金銭管理	<p>・自らの手による金銭の管理が困難な場合は、金銭管理サービスをご利用いただけます。詳細は次のとおりです。</p> <p>※預り金管理費 年金通帳管理(月額1,000円) 通帳管理 (月額300円) 現金管理 (月額500円)</p> <p>・管理する金銭の限度額:現金管理の場合は5万円を限度とします。 ・管理する金銭等の形態:指定する金融機関預金通帳に預け入れているものを施設で管理します。 ・お預かりするもの:上記預金通帳と通帳印(原則1つ) ・保管場所:事務室金庫 ・保管管理者:施設長が責任をもって管理します。</p>
居室料・食費	<p>・居室料 1日915円(多床室)2,100円(個室) ・食費 1日1,500円</p>
特別な食事の提供	<p>・入所者のご希望に基づいて、特別な食事を提供します。</p> <p>※料金については特別な食事のために要した追加費用を実費でご請求します。</p> <p>・おやつ費 1日60円 ・コーヒー 1杯30円</p> <p>※家族様からのおやつを持ち込みをされる場合は、面会時に食べていただき、食べ残したおやつについては持ち帰りをお願いします。</p>
美容サービス	・美容サービス 1回1400円 ※外部委託
電気代	・生活上個別に使用する電化製品について 1日50円
日常生活用品	<p>・入所者に負担して頂くことが適当であるものにかかる費用を負担していただきます。</p> <p>※内容については別途書面にて説明し同意を得ます。</p>
その他の介護保険外サービス費用	<p>・健康保持又は療養のために要する物品の費用。</p> <p>※必要経費については、甲乙がかかわす同意書に基づいて取り決めを行います。</p>

9 身元引受人(契約書第18条参照)

ご利用者は、契約時にご利用者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人として身元引受人を定めて頂きます。

- ・当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物等を引き取って頂きます。
- ・また、引渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担頂きます。

10 連帯保証人(契約書第19条参照)

身元引受人となる方については、本契約から生じる利用者の債務について、ご負担いただきま

す。その額は、利用者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、極度額50万円の範囲内で生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、施設は連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

11 苦情解決

(1) 苦情解決申立先

当施設ご利用相談室	責任者:施設長 津田 昌徳 担当者:生活相談員 村上 乃子 ご利用時間 毎日 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0845-27-2943 面接 お電話にてお申込みください。 苦情解決に係る第三者委員 松村 晃次 電話番号 0845-27-1601 村上 登貴子 電話番号 090-5375-1207 尾道市役所 高齢者福祉課 介護保険係 住所:広島県尾道市久保1丁目15-1 電話:0848-38-9440 開庁日:平日 受付:8:30～17:15 広島県国民健康保険団体連合会(国保連) 住所:広島市中区東白島町19番49号 国保会館内 電話:082-554-0783 開庁日:平日 受付:8:30～17:15
-----------	---

(2) 苦情解決の手順

① 苦情受付

苦情は面接、電話、書面等により苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員へ直接申出することも出来ます。

② 苦情の報告

苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員(苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告致します。

第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

③苦情解決の為の話合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意を持って話し合い解決に努めます。その際苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることが出来ます。

なお、第三者委員の立会いによる話し合いは次の通りとします。

ア 第三者委員による苦情内容の確認

イ 第三者委員による解決案の調整、助言

ウ 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認

④都道府県運営適正化委員会の紹介(介護保険事業者は、国保連合会、市町村も紹介)

本事業者で解決出来ない苦情は、広島県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し出ることが出来ます。

12 協力医療機関

医療機関の名称	所在地・電話番号
尾道市立市民病院	広島県尾道市新高山3丁目1170-177 0848-47-1155
医療法人社団回生会 永井医院	広島県尾道市瀬戸田町瀬戸田349-7 0845-27-0020
医療法人社団中郷クリニック 東生口診療所	広島県尾道市因島原町668-18 0845-26-3050
契約の概要	入所者が入院加療を必要とするような重篤な病状又は緊急の対応を必要とする病状を呈した場合協働で対応いたします。

13 協力歯科医療機関

医療機関の名称	かわばた歯科
所在地	広島県尾道市瀬戸田町中野405-7
電話番号	0848-27-0029
契約の概要	当施設とかわばた歯科とは、入所者が治療を必要とする口腔状態の改善又は口腔衛生の維持等において協働で対応いたします。

14 オンブズマン 令和7年4月1日現在、申し入れはありません。

15 非常災害規程

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	鎗屋 勲
防災訓練	年2回防災訓練を実施します。
防火設備	自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・誘導灯

16 高齢者虐待防止について

施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、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ます。

虐待防止に関する責任者：施設長 津田 昌徳

②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

③研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

④職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、職員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとします。

⑤高齢者虐待防止のための指針を整備します。

17 衛生管理等について

施設において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、職員に周知徹底します。

②施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③職員に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

18 業務継続計画の策定について

①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する支援の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

②施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

19 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	<p>・来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。</p> <p>・食べ物・おやつなどの持ち込みについては、生活相談員または担当職員に必ず相談してください。</p> <p>・感染症等が流行する時期は面会を制限させていただく事がありますのでご了承下さい。</p> <p>面会時間：午前8時30分から午後5時30分まで(指定した時間内)</p>
外出・外泊	<p>・外出、外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出てください。 なお、入院を除いた外泊については担当職員と相談してください。入院・外泊期間中については居室料をいただきます。</p>

管理医師以外の医療機関への受診	・管理医師の専門外の診療科への受診については、入所者及びご家族のご希望を可能な限り尊重いたします。管理医師が、紹介状を作成いたします。島外通院の場合の交通費は自己負担していただきます。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・施設内は禁煙です。飲酒もできません。
迷惑行為	・騒音または、暴言・暴力等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	・ケアワーカー主任を中心におこないます。
現金等の管理	・当施設が指定した金融機関の通帳にて管理いたします。
宗教活動・政治活動	・施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

20 楽生苑のホームページおよび電子メールアドレス

<https://www.rakusei.or.jp>

E-Mail:info@rakusei.or.jp

私は、本書面に基ついて乙の職員(職名 生活相談員 氏名 村上乃子)から上記重要事項の説明を受けました。

令和____年____月____日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____

注 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含む。