（介護老人福祉施設の重要事項説明書）

特別養護老人ホーム天界園のご案内

事業所番号：1070200355

社会福祉法人　宏志会　　特別養護老人ホーム　天界園
施設長　　大河原　真理
〒３７０―０８５５　高崎市下佐野町５５３番地
Tel．０２７－３２０－２２２８ Fax．０２７－３４６－５１９９

＊＊　営　業　＊＊

① 定員は、多床室：４６名
② ３６５日、２４時間介護サービスを提供しております。

＊＊　職員体制　＊＊

施設長１名、生活相談員１名以上、看護職員 3 人以上、介護職 13 人以上、管理栄養士１名、介護支援専門員（兼務）１名以上、機能訓練指導員（看護職員兼務）１名以上、事務職員１名以上、調理業務は民間事業者（株）エームサービスに委託しております。

＊＊　施設サービス計画作成について　＊＊

施設のご利用にあたっては、入居者等の希望や心身の状況などに沿って、また生活暦、趣味嗜好等にも考慮した施設サービス計画を作成しております。

＊＊　サービス内容　＊＊

① 入浴は１週間あたり２回以上とし、身体状況に応じて、個浴・支援浴・機械浴を行います。
② 排泄は、入居者の尊厳を守る視点を常に意識しながら、心身の状態に応じ、個別対応（見守り、誘導、オムツ交換等）を行います。
③ 食事は、朝食７：３０、昼食１２：００、夕食１７：３０ですが、本人等の希望や生活リズムに応じた時間、場所を選択することができます。また、管理栄養士による栄養ケア計画に基づき咀嚼状態に応じた食事形態での提供及び栄養指導や摂取介助等を行います。
④ 心身の状態に応じ、自立した生活の充実に資する離床・更衣・整容その他の日常生活上の支援等、入居者の生活リズムを大切に行ないます。
⑤ 健康状況に留意し、必要に応じて看護職員が協力病院へ上申等を行い対応します。
⑥ 教養娯楽及びレクリエーションとして季節の行事等を行います。
⑦ 敬老会等の行事や懇談会を行い家族との連携及び、交流の機会を設けます。
⑧ 介護認定の更新等、行政手続きの申請代行もできます。
⑨ 原則、緊急やむを得ない場合（家族への説明、同意を受けます）を除き、身体拘束は行いません。

＊＊　運営及び介護方針　＊＊

① 認知症状などの特性に配慮しながら、各職種の専門性を活かした対応を行います。
② 入居者一人ひとりのその人らしい暮らしの追求と、地域や家族との結び付きを重視した運営を心掛けております。
③ 入居者の生活の質の維持・向上を目指す趣旨から、一人一人の有する「できる活動」を「する活動」に向けて、自立した生活を営むことができるよう入居者本位の姿勢を貫く介護に努めます。
④ 入居者の自己決定や本人の意思及び人格を尊重した介護サービスを提供いたします。

＊＊　虐待防止　＊＊

入居者の人権擁護、虐待の発生を防止するため、必要な措置を講じます。

＊＊　ハラスメント対策　＊＊

業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するため必要な措置を講じます。

＊＊　事業継続計画　＊＊

感染症や非常災害の発生時において、早期の業務再開を図るための計画を策定し、計画に従い、必要な措置を講じます。

＊＊　協力病院　＊＊

医療法人山崎会　サンピエール病院　高崎市上佐野町 786-7　Tel.027-347-1177
嘱託医　内科（精神保健指定医）月４回、精神科月２回

＊＊　個人情報の保護・情報開示　＊＊

個人情報保護方針に基づいて、入居者の個人情報等の秘密は厳守いたします。
「介護サービスの情報公表」、事業計画及び報告については、常時閲覧できます。サービス記録・財務内容等については、個人情報保護に充分配慮した上で、「開示申請書」の提出に基づき、必要性に応じて開示いたします。

＊＊　申込み・相談・苦情等の窓口　＊＊

① 窓口担当／生活相談員（針谷・鈴木）
　責任者／施設長（大河原）　　０２７-３２０-２２２８
② 高崎市介護保険担当課　　０２７-３２１-１１１１
③ 群馬県国民健康保険団体連合会　０２７-２９０-１３２３

＊＊　非常災害対策　＊＊

避難及び救出などの訓練を、年２回行なっております。

＊＊　事故発生時の対応　＊＊

入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、応急処置、主治医等医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに市町村、家族および関係機関等に連絡を行ないます。

＊＊　第三者評価の実地状況　＊＊

福祉サービスの第三者評価を実地しておりません。

＊＊　利用料・お支払い方法等　＊＊

(別紙　料金表参照)

① 社会福祉法人による利用者負担軽減措置の対象の方は、本人負担が軽減となります。
② お支払いは、月末締めとさせていただきます。
・引き落とし：指定口座より翌々月４日（土日祝の場合は翌平日）に引き落とし、手数料は施設負担いたします。
・振込：翌々月４日（土日祝の場合は翌平日）までにお振込みください。振込手数料は利用者負担していただきます。
・請求書は、翌月１８日（土日祝の場合は翌平日）に発送いたします。
・スマホアプリ「つながる家族」をご利用のご家族様へは、毎月 18 日に請求書を配信しております。また、病院・薬局の領収書や代行購入など、宏志会以外で発行された領収書につきましては、3 か月に 1 度、まとめて郵送させていただきます。

令和８年６月１日現在　　重要事項説明書

特別養護老人ホーム天界園（多床室）料金表

Ⅰ．法定代理受領サービス該当分（介護保険給付対象１日当たり）　　※数値：単位

	多床室		１割負担
イ	区分	要介護１	５８９
		要介護２	６５９
		要介護３	７３２
		要介護４	８０２
		要介護５	８７１
ロ	看護体制加算Ⅰイ		６
	看護体制加算Ⅱイ		１３
ハ	精神科医師定期的療養指導加算		５
ニ	入院、外泊時加算（１月に６日）		２４６
ホ	初期加算（入居日より３０日間。入院後の再入居も同様）		３０
ヘ	退所前連携加算（１回限り）		５００
ト	退所時情報提供加算（１人につき１回）		２５０
チ	協力医療機関連携加算１（１月につき）		５０
リ	栄養マネジメント強化加算		１１
ヌ	再入所時栄養連携加算（入所者１人につき１回を限度）		２００
ル	口腔衛生管理加算Ⅱ（１月につき）		１１０
ヲ	療養食加算（厚生労働大臣が定める療養食を提供した時、1日3食限度とし1回につき）		６
ワ	褥瘡マネジメント加算Ⅰ（１月につき）		３
カ	褥瘡マネジメント加算Ⅱ（1月につき）		１３
ヨ	科学的介護推進体制加算Ⅱ（１月につき）		５０
タ	夜勤職員配置加算Ⅰイ		２２
レ	安全対策体制加算（入所者１人につき１回を限度）		２０
ソ	高齢者施設等感染症対策向上加算Ⅱ（１月につき）		５
ツ	ＡＤＬ維持等加算Ⅰ（１月につき）		３０
ネ	ＡＤＬ維持等加算Ⅱ（１月につき）		６０
ナ	日常生活継続支援加算Ⅰ		３６
	サービス提供体制強化加算Ⅱ（要件により算定）		１８
ラ	生産性向上推進体制加算Ⅱ（１月につき）		１０
ム	介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	イからラまでにより算定した額×１７．６％	

※１単位当たり 10.27 円です。
※利用者負担額は、法定代理受領額に自己負担割合証に記載された割合分（1 割、2 割、3 割のいずれか）となります。
※日常生活継続支援加算Ⅰは、新規入居者の要介護度や認知症の度合いによって算定しますが、こちらの要件が満たない場合は、サービス提供体制強化加算Ⅱ（介護福祉士の配置割合）を算定します。

入居者用・施設用

Ⅱ．介護保険給付対象外

<table>
<tr><td rowspan="4">居住費</td><td rowspan="4">915円/日</td><td colspan="3">特定入所者介護サービス費</td></tr>
<tr><td colspan="2">第1段階</td><td>0円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">第2段階</td><td>430円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">第3段階①</td><td>430円/日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">食費</td><td rowspan="4">朝食　400円
昼食　700円
夕食　600円
3食合計1,700円</td><td colspan="2">第3段階②</td><td>430円/日
(R8.8～530円/日)</td></tr>
<tr><td colspan="4">特定入所者介護サービス費</td></tr>
<tr><td colspan="2">第1段階</td><td>300円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">第2段階</td><td>390円/日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">第3段階</td><td>①</td><td>650円/日
(R8.8～680円/日)</td></tr>
<tr><td>②</td><td>1,360円/日
(R8.8～1,420円/日)</td></tr>
<tr><td colspan="2">外泊、入院時居室料
（外泊、入院の場合、最大三ヶ月間は居住費が発生但し、空床利用がある場合は除く）</td><td colspan="3">915円/日
※第2.3段階①②も対象</td></tr>
<tr><td colspan="2">預かり金管理料</td><td colspan="3">2,000円/月</td></tr>
<tr><td colspan="2">電気代（持込の電化製品1台につき）</td><td colspan="3">20円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">電気代（持込の充電式製品1台につき）</td><td colspan="3">10円/日</td></tr>
<tr><td colspan="2">理容</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">美容</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">日常生活用品利用者の選定によるもの等</td><td colspan="3">実費</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者等の希望による郵送料</td><td colspan="3">実費</td></tr>
</table>

※社会福祉法人利用者負担軽減措置の対象の方は、本人負担額が軽減となります。

本書面により、「重要事項説明書（料金表含む）内容の説明をうけ、同意致します。

令和　　年　　月　　日

入居者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）