特養ホームセラヴ゛ィサービス内容について

1　事業者

事業者の名称	社会福祉法人グリーントープ
主たる事務所の所在地	群馬県安中市板鼻一丁目5番15号
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長　　中田　　大介
電話番号	０２７－３８１－０３２６

2　施設名　他

施設の名称	特別養護老人ホーム　セラヴィ
施設の所在地	群馬県安中市板鼻一丁目５番１５号
施設長の氏名	中田　貴子
電話番号	０２７－３８１－０３２６
FAX番号	０２７－３８２－３８７２

3 入所順位の決定方法

●入所の対象者

（1） 入所の対象者は、次のいずれかに該当するものとする。

ア 要介護度３から５までの認定を受けている者

イ 要介護度１又は２の認定を受けている者であって、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があると認められる場合（以下「特例 入所」という。）

（2） 特例入所の要件に該当することの判定に際しては、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることに関し、以下の事情を考慮することとする。 また、地域の事情などを踏まえ、各自治体において必要と認める事業があれば、それも考慮すること。

ア 認知症である者であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること

イ 知的障害、精神障害等を伴い、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること

ウ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること

エ 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること

●入所の申込み方法

（1） 入所申込み

入所の申込みは、参考様式１「特別養護老人ホーム入所申込書」（標準様式。以 下「申込書」という。）に準じて各施設で定める申込書により行うものとする。 なお、様式は、申込者の個別事由等、入所の必要性等について、施設が特に考慮を要すると認めた事由について、適宜項目を追加することとして差し支えない。

（2） 入所申込みの受付

ア 施設の説明

施設は、入所の申込みがあった場合には、申込書に基づく面接により、当該施設サービスの内容や入所決定方法等に関する説明をし、説明確認欄に署名を受けるものとする。

イ 申込者のグループ分け・受付簿の作成・管理

施設は、申込書を受理後、申込書の希望入所時期により、次のとおりグループ分けを行った上、受付簿を作成し、これを管理するものとする。

①Aグループ 今すぐの入所を希望する

②Bグループ 今すぐの入所は希望しない

なお、申込書受理後、申込内容に変更が生じた場合は、当該申込者の自己申告により修正を行うものとし、その旨を申込者に説明すること。

ウ 入所に関する評価（1次評価）

施設は、Aグループの該当者について、別表1「評価基準」により点数化し、合計点数の高い順に名簿を作成する。

● 入所等検討委員会

施設は、入所等検討委員会（以下「委員会」という。）を設置し、入所者の決定を行う。

● 退所における取扱い基準

次の（1）～（4）の場合には、退所を決定するものとする。

（1） 要介護認定において、自立又は要支援と認定された場合。

（2） 要介護認定において、要介護度1又は2と認定された者で、特例入所の要件に該当しないと認められる場合。

（3） 入所者及び家族等が在宅復帰を希望しており、家庭等における介護環境や地域における居宅サービスの提供体制等が十分整っていると認められる場合。

（4） 常時医療的な対応を要するため、施設での介護が困難であり、他機関での対応が適切であると認められる場合。

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険制度下で、指定介護老人福祉施設事業を行い、心身の障害のため介護及び支援の必要な利用者に日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者本人並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
施設運営の方針	当施設にあっては、利用者に最も有利なサービスを提供することにより、利用者がその生活において国民としての権利をいささかも制限されず、尊厳をもって安心して生活していただけるよう配慮し、運営するものとします。

５．施設の概要

介護老人福祉施設「セラヴィ」

敷　　地		
建　　物	構造	鉄骨造地上２階建て
	延床面積	２９４６．３４　㎡
	利用定員	５０名

（1） 居室

居室の種類	室　　数	面　　積
１人部屋	５０　室	１５．７６～１６．９８　㎡

（2）主な設備

居室の種類	面　　積	数
食堂 （兼用）共同生同室	１１４．６６～１２５．６１　m2	６室
一般浴室	２１．７８～ ３１．２３　m2	４室
機械浴室：ﾁｪｱｲﾝﾊﾞｽ	２２．５３　m2	１室
医務室	１５．７６　m2	１室
地域交流スペース	１２１．２５　m2	１室
洗面所		全室完備
便　　所	３．００～　４．００　m2	
ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽﾙｰﾑ	１１６．４４　m2	

６．職員体制

介護保険法に基づく「指定介護老人福祉施設の人員に関する基準」等に示された所定の職員を満たした 上で、下記のように配置するものとします。 また、必要に応じてその他の従業者を置くことがあります。

●施設長（管理者）　1名
●事務長　1名
●介護支援専門員（管理者もしくは生活相談員／事務担当者、兼務可）　1名
●生活相談員　1名
●看護職員　2名以上
●介護職員　9名以上(夜勤2名、明け2名含む)配置／日
（看護、介護人員配置基準による3:1を下回らない職員数）
●機能訓練指導員（看護師、兼務可）　1名以上
●嘱託医師　1名
●栄養士　1名
●調理員　外部へ業務委託

７．施設サービスの概要

（１）介護保険給付サービス

種 類	内 容
食 事	・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。 ・食事時間の目安は、下記のとおりですが、入居者の希望で、随時変更することができます。 朝食前の軽食６：３０～、 朝食準備（７：３０） 朝食 ７：４０～ 、 昼食準備（１１：３０）昼食１１：４０～ 、夕食準備（１６：５０）夕食１７：００～
排 泄	・入居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	・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、機械を用いての入浴も可能です。
離床、着替え整容等	・寝たきり防止のため、でき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。 ・個人としての尊厳に配慮し，適切な整容が行われるよう援助をします。 ・シーツ交換は、週１回，寝具の消毒は、随時実施します。
健康管理	・ 嘱託医師により、週１回診察日を設けて健康管理につとめます。 ・ 緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・ 入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 （当施設の嘱託医師） 氏名 ： 泉 勝（須藤病院） 、診療科 ：胃腸科、外科 氏名 ： 今成哲朗（須藤病院） 、診療科 ：循環器内科
相談及び援助	・ 当施設は、入居者およびそのご家族からのご相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 （ 相談窓口 ） 事務所内 施設長 兼務 介護支援専門員 中田 貴子 事務所内 事務長 中田 邑子
社会生活上の便宜	・ 当施設では、施設での生活を実りあるものとするため、施設サービス計画に基づいた個別サービス、リハビリテーション、レクレーション等を、適宜実施いたします。 ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、入居者およびご家族の状況によっては、代わりに行います。

（２）介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容
理容・美容	・隔月に、出張による理髪サービスを利用いただけます。 例）カット2,000円
金銭管理	・利用者の財産、金銭の管理は基本的に身元引受人またはご家族でお願いいたします。ただし、社会通念上、あなたに身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合等については、別途協議の上、「金銭管理サービス」をご利用いただけます。 また、「支払い代行サービス」をご利用いただく場合、預かり金として現金をお預かりし、日用品・嗜好品等にかかる代金の支払いに当てさせていただきます。 ※実費精算のみ対応
日常生活品の購入代行	・利用者およびご家族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。ご利用いただく場合は、やむをえない場合を除き、７日前までに購入代金を添えてお申し込みください。 ※実費精算のみ対応

８ 利用料

利用料は、「法定代理受領分（介護保険料の一部負担、食費、居住費）」「その他法定外受領分」に分かれます。その詳細は、下記の「利用料一覧表」になります。
ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、下記の「利用料一覧表」の利用料全額をお支払下さい。なお、利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受ける時に必要となりますので、保管をお願いいたします。

入院又は外泊時の費用
（法定給付）

- 入所者が病院等への入院を要した場合もしくは、入所者に対して居宅における外泊を認めた場合には、１ヵ月に６日を限度として、法定給付所定単位数に代えて、要介護状態区分にかかわらず、１日につき２，４６０円（その一割が自己負担）が掛かります。なお、月をまたがる入院又は外泊の場合は、最大で連続１３泊(１２日分)を上限として、費用の負担があります。予めご了承ください。
- ご使用のベッドを他の利用者の短期入所生活介護に使用することに同意され、利用が行なわれた場合に限り、上記の費用の負担はありません。予めご了承ください。

（部屋代）

- 入所者が病院等への入院を要した場合もしくは、入所者に対して居宅における外泊を認めた場合には、１ヵ月に６日を限度として、標準負担額減額認定証は対象期間となります。なお、月をまたがる入院又は外泊の場合は、最大で連続１３泊(１２日分)を上限として、標準負担額減額認定証は対象期間となる場合があります。
- 入院又は外泊した翌日を1日目として、７日目以降は、標準負担額減額認定証は対象期間外となります。そのため、要介護状態区分にかかわらず、１日につき１，２３１円（全額自己負担）が掛かりますので、予めご了承ください。

（食事代）

- 急な入院の場合には、食事代の負担はありません。
- 利用者もしくはその家族の私的事由による急な外泊の場合には、その翌日から食事止めが出来ないため、食事が提供された期間の食事材料代について、費用の負担が生じます。法定給付の対象にはなりませんので、要介護状態区分にかかわらず、一律１日につき１，５４５円（全額自己負担）が掛かりますので、予めご了承ください。

9 施設利用中に病院等に入院された場合の対応について

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下のとおりです。

3ヶ月以内の入院の場合

3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。 この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

１０ 事故発生時の対応

事故発生時の対応	・当法人は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者および関係各機関並びにあなたの家族または身元引受人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。 ・当法人は、サービスの提供によりあなたに賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異不可抗力による場合を除き、速やかに誠意をもって損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき、あなたの側に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることがあります。
事故発生時の賠償について	・ 当法人は、万一の事故の発生に備えて、保険会社の損害責任保険に加入しております。

１２ 協力医療機関

医療機関の名称	須藤病院	中田だいすけ歯科
院長名	須藤　雄仁	中田　大介
所在地	安中市安中 3532－5	高崎市金古町６７－２
診療科	内科、外科、脳外科など	一般歯科、口腔外科など
入院設備	有	

１３ 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「介護老人福祉施設　セラヴィ消防計画」他に基づいて対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「介護老人福祉施設　セラヴィ消防計画」他に基づいて定期的に避難訓練を実施します。　※火災、防災、感染、防犯、事業継続計画
防災設備	スプリンクラー、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ報知器、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用発電機（3 台）
消防計画等	高崎消防署への届出日　　平成 19 年 3 月提出済 防火管理者　施設長　中田　貴子
防犯設備	監視ｶﾒﾗ　平成 29 年 11 月設置

１４　当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を厳守し、必ずそのつど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。　※感染症感染拡大に応じて制限有
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行き先と帰所時間を職員に申し出てください。 ※感染症感染拡大に応じて制限有
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	喫煙は、原則としてお断りします。
迷惑好意等	騒音等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
現金等の管理	紛失の恐れがありますので十分注意してください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動およ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および飼育はお断りします。

年　　月　　日

〔ご利用者もしくは署名代行者〕

私は、以上の内容につき説明を受け、その内容を理解した上、入所申込を行います。

申込代表者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込代表者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（代筆者と利用者本人との関係：　　）

（署名代行の理由：　　）