

1. 事業の目的及び運営方針

ご利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいてご利用者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことができるように支援します。

また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

2. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0554-63-0294 (8:30~17:30まで)

担当 生活相談員 中村 勝

3. 施設の概要

(1) 提供できるサービスの種類

サービスの種類	指定介護老人福祉施設サービス (ユニット型)
施設名称	フェリーチェ上野原
所在地	山梨県上野原市大柵611番地
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 1972000036 (山梨県)

(2) 施設の職員体制 (全職員併設の指定短期入所生活介護事業所の同職を兼務)

職員の種類	員数	職務内容
施設長 (管理者)	1名	施設業務の統括及び職員の指揮監督
事務員	1名以上	施設の庶務及び会計事務
生活相談員	1名以上	ご利用者の日常生活上の相談援助、入退所業務
看護職員	3名以上	ご利用者の看護、医師の診察の補助、健康管理及び保健衛生業務
介護職員	22名以上	ご利用者の日常生活の介護、指導、援助
機能訓練指導員(兼務)	1名以上	ご利用者の機能回復・維持に必要な訓練、指導
介護支援専門員(兼務)	1名以上	施設サービス計画の作成、進行管理及び評価
管理栄養士	1名	給食献立の作成、入居者の栄養指導
医師	1名	ご利用者の診察、健康管理及び保健衛生指導

※1日中については、各ユニットに常時1名以上の介護又は看護職員を配置します。

※2夜間及び深夜については、2ユニットに1名以上の介護又は看護職員を配置します。

※3各ユニットに常勤のユニットリーダーを配置します。

(3) 施設の設備の概要

定員	50名(1ユニット10名)	共同洗面所	各ユニットに2ヶ所
居室 (全室個室)	50室(1室14.7~17.3㎡)	キッチン	各ユニットに1ヶ所
共同生活室	5室(1室37.3~43.1㎡)	医務室	1室
浴室(トイレ付)	各ユニットに1室	相談室	2室
特殊浴室(トイレ付)	1室	交流スペース	各階1ヶ所
トイレ	各ユニットに3室	地域交流スペース	1ヶ所
洗面所	各室に1ヶ所		

(4) 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無； 無

4. サービス内容

サービスの提供に当たっては、ご利用者がその有する能力に応じて自らの生活様式および生活習慣に沿って自立的な日常生活を営むことができるようにするため、施設サービス計画を作成し、計画に基づき必要な支援を行います。

(1) 施設サービス計画の作成

介護支援専門員がご利用者の希望等に基づき、及びご家族の希望等を考慮し施設サービス計画を作成します。

(2) 食事

栄養並びにご利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供するとともに、食事の自立について必要な支援を行います。

また、ご利用者の生活習慣を尊重した適切な時間に食事を提供します。

さらに、ご利用者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意思を尊重しつつ、ご利用者が共同生活室で食事を摂ることを支援します。

食事の目安 朝食 7:00~9:00 昼食 12:00~14:00
夕食 18:00~20:00

(3) 介護

各ユニットにおいてご利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するよう、入居者の心身の状況等に応じ、適切な技術をもって行います。

①入浴

ご利用者が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、個別浴槽又は特殊浴槽を利用し生活習慣を尊重した適切な時間に入浴できるよう必要な支援を行います。ただし、やむを得ない場合には、清拭を行うことでこれに代える場合があります。

②排泄

ご利用者の心身の状況に応じて、排泄が自立できるよう必要な支援を行います。ただし、おむつを使用せざるを得ないご利用者については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

③家事

ご利用者の日常生活における家事を、ご利用者がその心身の状況等に応じて、それぞれの役割をもって行えるよう適切に支援するものとする。

④離床・着替え・整容等

ご利用者の自立に配慮し適切に支援します。

⑤機能訓練

ご利用者の心身の状況等に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するために、日常生活の中での機能訓練やレクリエーション、行事の実施等を通じた機能訓練を行います。

⑥褥創予防

ご利用者に褥創が発生しないように適切な介護を提供します。

(4) 相談及び援助

常にご利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、ご利用者又はそのご家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。

(5) 健康管理

年間1回ご利用者の健康診断を行います。

月4回嘱託医による診察や健康相談を受けることができます。

月4回往診による歯科診療（口腔ケア）を受けることができます。※別途医療費が必要となります。

(6) その他社会生活上の便宜の提供

①趣味・娯楽活動

ご利用者の嗜好に応じた趣味、教養又は娯楽に関する活動の機会を提供するとともに、ご利用者が自律的に行うこれらの活動を支援するものとする。

②手続きの代行

ご利用者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、ご利用者又はそのご家族が行うことが困難である場合は、ご利用者等の同意を得て、代わって行います。

③家族との連携

常にご利用者のご家族との連携を図りつつ、ご利用者とそのご家族との交流等の機会を確保するよう努めます。

④外出支援

ご利用者の外出の機会を確保するよう努めます。

⑤理美容サービス

ご利用者の希望により業者による理美容の斡旋を行います。料金は別途係ります。

⑥預かり金品管理代行

ご利用者の希望によりご利用者の金品を施設で管理します。

5. 利用料金

(1)基本料金（下記金額は1日当りの料金（事業者設定金額）です。ただし、食費・居住費については、介護保険負担限度額の認定を受けている方の場合、その認定証に記載された金額が1日当りの料金になります。）

① 介護保険負担割合が1割の方

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護福祉施設サービス費	6,520円	7,200円	7,930円	8,620円	9,290円
看護体制加算（Ⅰ）			60円		
サービス提供体制強化加算			180円		
合計①	6,760円	7,440円	8,170円	8,860円	9,530円
介護保険から給付される金額②	6,084円	6,696円	7,353円	7,974円	8,577円
サービス利用に係る自己負担額 ③（①－②）	676円	744円	817円	886円	953円
食費④			1,445円		
居住費⑤			2,006円		
自己負担合計額（③＋④＋⑤）	4,127円	4,195円	4,268円	4,337円	4,404円

※1 入居後又は30日を超える入院後の再入居後30日間に限り、上記自己負担額の他に初期加算30円/日が必要となります。

※2 その他、若年性認知症入所者受入加算（120円/日）、療養食加算（6円/1食※1日3食を限度）が必要となる場合があります。

※3 別途、介護職員処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に8.3%を乗じた額、介護職員等特定処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に2.3%を乗じた額が必要となります。

※4 外泊・入院等の場合、③の料金ではなく、月6日（最大2か月、12日まで）の外泊費（246円/日）をご負担いただきます。また、⑤の料金は外泊・入院等の期間中も全額ご負担いただきます。入院の場合、病院の手続き・支払い・日用品の補充等の役割は、基本的にご家族での対応をお願いいたします。（医療費は別途必要となります。）

② 介護保険負担割合が2割の方

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護福祉施設サービス費	6,520円	7,200円	7,930円	8,620円	9,290円
看護体制加算（Ⅰ）			60円		
サービス提供体制強化加算			180円		
合計①	6,760円	7,440円	8,170円	8,860円	9,530円
介護保険から給付される金額②	5,408円	5,952円	6,536円	7,088円	7,624円
サービス利用に係る自己負担額 ③（①－②）	1,352円	1,488円	1,634円	1,772円	1,906円
食費④			1,445円		
居住費⑤			2,006円		
自己負担合計額（③＋④＋⑤）	4,803円	4,939円	5,085円	5,223円	5,357円

※1 入居後又は30日を超える入院後の再入居後30日間に限り、上記自己負担額の他に初期加算60円/日が必要となります。

※2 その他、若年性認知症入所者受入加算（240円/日）、療養食加算（12円/1食※1日3食を限度）が必要となる場合があります。

※3 別途、介護職員処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に8.3%を乗じた額、介護職員等特定処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額（※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。）に2.3%を乗じた額が必要となります。

※4 外泊・入院等の場合、③の料金ではなく、月6日（最大2か月、12日まで）の外泊費（492円/日）をご負担いただきます。また、⑤の料金は外泊・入院等の期間中も全額ご負担いただきます。入院の場合、病院の手続き・支払い・日用品の補充等の役割は、基本的にご家族での対応をお願いいたします。（医療費は別途必要となります。）

③ 介護保険負担割合が3割の方

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護福祉施設サービス費	6,520円	7,200円	7,930円	8,620円	9,290円
看護体制加算(Ⅰ)	60円				
サービス提供体制強化加算	180円				
合計①	6,760円	7,440円	8,170円	8,860円	9,530円
介護保険から給付される金額②	4,732円	5,208円	5,719円	6,202円	6,671円
サービス利用に係る自己負担額 ③(①-②)	2,028円	2,232円	2,451円	2,658円	2,859円
食費④	1,445円				
居住費⑤	2,006円				
自己負担合計額(③+④+⑤)	5,479円	5,683円	5,902円	6,109円	6,310円

※1 入居後又は30日を超える入院後の再入居後30日間に限り、上記自己負担額の他に初期加算90円/日が必要となります。

※2 その他、若年性認知症入所者受入加算(360円/日)、療養食加算(18円/1食※1日3食を限度)が必要となる場合があります。

※3 別途、介護職員処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額(※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。)に8.3%を乗じた額、介護職員等特定処遇改善加算として、③のサービス利用に係る自己負担額(※1及び※2に定める各種加算が必要な場合は、その額を含む。)に2.3%を乗じた額が必要となります。

※4 外泊・入院等の場合、③の料金ではなく、月6日(最大2か月、12日まで)の外泊費(738円/日)をご負担いただきます。また、⑤の料金は外泊・入院等の期間中も全額ご負担いただきます。入院の場合、病院の手続き・支払い・日用品の補充等の役割は、基本的にご家族での対応をお願いいたします。(医療費は別途必要となります。)

食費の負担限度額 (④に該当)

第1段階該当者 300円/日

第2段階該当者 390円/日

第3段階①該当者 650円/日

第3段階②該当者 1,360円/日

居住費の負担限度額 (⑤に該当)

第1段階該当者 820円/日

第2段階該当者 820円/日

第3段階該当者 1,310円/日

(2)その他の料金（ご利用者、ご家族等の希望により当該サービスを提供した場合に徴収）

- ①理美容代 実費
- ②インフルエンザ予防接種の費用 実費
- ③利用者が選定する特別な飲み物の費用 50円/日
- ④預かり金の出納管理費 0円
- ⑤次に掲げる日常生活に必要な身の回り品を提供する場合の費用（1日あたり）

ティッシュペーパー	4円	入れ歯洗浄剤	25円
リンスインシャンプー ※	4円	おしぼり	63円
入浴用石鹸、ボディークリーム ※	4円	洗顔用タオル	38円
歯ブラシ	14円	入浴用タオル ※	11円
歯磨き粉	17円	入浴用バスタオル ※	50円
入れ歯安定剤	45円		

※1 ただし、支払いを受ける1日あたりの費用の上限を200円とする。

※2 ※印の入浴に関する日用品につきましては、施設で最低限のものは用意してあります。

⑥その他、ご利用者に負担いただくことが適当であると認められるもの

(3)支払い方法

お支払い方法は現金または口座振替となります。

現金でお支払の場合、毎月10日までに前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。

お支払いをいただきますと、領収証を発行いたします。

(4)その他

各居室にはベッドのみ用意してあります。生活に必要な家具等はそれぞれご用意ください。また、食器類も慣れ親しんだものがありましたら持参してください。

6. 入退居の手続き

(1)入居手続き

要介護1以上の認定を受けた方で、入居を希望する方は所定の入居申込用紙に必要事項を記入しお申し込みください。

居室に空きがあれば直ぐにご入居いただけますが、空き室がない場合は入居待ちになります。この場合には、入居の必要性を総合的に勘案の上入居順位を決定し、順位の高い方から空きができて次第順次入所していただきます。

(2)退居手続き

①ご利用者のご都合で退居される場合

原則として、退居を希望する日の7日前までにお申し出ください。

②自動終了

以下の場合、双方からの申し出がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が他の介護保険施設に入居した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合

※この場合、所定の期間の経過をもって退居していただくことになります。

- ・ご利用者がお亡くなりになった場合

③その他

・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又はご利用者やご家族等が当施設や当施設の職員等に対して著しい背信行為を行った場合は、退居していただく場合があります。この場合、退居の30日前までに文書にて通知いたします。

・ご利用者が病院又は診療所に入院し、明らかにおおむね3か月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後おおむね3か経過しても退院できないことが明らかになった場合は、退居していただく場合があります。なお、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申し出ください。

・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合は、退居していただく場合がございます。この場合、30日前までに文書で通知いたします。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

8. 事故発生の防止及び事故発生時の対応

(1)事故が発生した場合又は事故が発生する危険性がある事態が生じた場合には、その事実を報告し、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底します。

(2)事故発生防止の為に委員会及び職員に対する研修を定期的に行ないます。

(3)サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。またサービス提供により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います。

9. 秘密保持の対応

- (1)職員は、正当な理由がなく、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を漏らしません。
- (2)職員であった者が、正当な理由がなく、業務上知り得た入居者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、雇用契約にその旨明記します。
- (3)居宅介護支援事業者等に対して、ご利用者等に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書によりご利用者等の同意を得ます。
- (4)ご家族に対する情報提供は、登録した代表者のみに行います。ただし、ご利用者又は代表者からの委任状を持参した場合は、本人であることを確認し提供いたします。

10. 非常災害対策

- (1)防災時の対応 - フェリーチェ上野原消防計画に基づき対応いたします。
- (2)防災設備 - 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、屋内消火栓、消火器
- (3)防災訓練 - 訓練を年2回以上実施します。総合訓練を年1回、避難訓練（夜間訓練又は夜間想定訓練含む）を年1回以上
- (4)防火管理者 - 岡部 順次

11. サービス内容に関する相談・苦情

- (1)当施設ご利用者相談・苦情担当及び苦情解決責任者
相談・苦情担当 生活相談員 中村 勝 電話 0554-63-0294
苦情解決責任者 施設長 岡部 順次 電話 0554-63-0294

(2)その他

当施設以外に、山梨県国民健康保険団体連合会、各市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- ・ 山梨県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情処理担当
電話 055-233-9201
- ・ 上野原市 長寿健康課 高齢者介護担当（保険者が上野原市の方）
電話 0554-62-4134
- ・ 上記以外の方
()

12. 衛生管理

施設内において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、指針の作成、対策委員会の開催等必要な措置を講じます。

13. 協力病院

病院名 上野原市立病院
住所 上野原市上野原3195番地

14. 当法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 平成福祉会
代表者役職・氏名	理事長 相馬 秀守
本部所在地・電話番号	山梨県大月市大月町真木4660番地 0554-23-0294

指定介護老人福祉施設入居に先立ち、ご利用者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 山梨県上野原市大柵6 1 1 番地
名称 フェリーチェ上野原 印
説明者 職名 生活相談員
氏名 中村 勝 印

私は、本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受け、内容に同意します。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) _____

代筆理由 身体的 ・ 精神的 ・ その他(下記に具体的に記載)

(ご家族代表者) 住所 _____

氏名 _____ (印)