

(介護予防) 特定施設入居者生活介護サービス

## 重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 芹田福祉サービス

介護付有料老人ホーム ぬくもりの里篠ノ井

# 「(介護予防) 特定施設入居者生活介護」重要事項説明書

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 芹田福祉サービス
- (2) 所在地 長野県長野市鶴賀鍋屋田 1381 番地 3
- (3) 電話番号・FAX 026-233-5011 FAX026-238-0127
- (4) 代表者氏名 理事長 倉石 純雄

## 2. 利用施設

- (1) 施設の種類  
(介護予防) 特定施設入居者生活介護 (長野市指定 2070107335 )
- (2) 施設の名称  
介護付有料老人ホーム むくもりの里篠ノ井
- (3) 施設の所在地  
長野県長野市篠ノ井布施高田 747 番地
- (4) 電話番号・FAX  
電話 026-274-5358 FAX 026-261-1020
- (5) 管理者名  
管理者 高橋 あゆみ
- (6) 運営方針  
施設及び職員は、環境を整え、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者その他、保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的な施設サービスの提供に努める。
- (7) 開設年月日  
令和 2 年 2 月 1 日
- (8) 利用定員  
30 名

### 3. 施設の概要

- (1) 構造 木造 2 階建
- (2) 延べ床面積 2990.60 m<sup>2</sup>
- (3) 居室の種類 個室 30 室
- (4) 主な設備 浴室（個浴 9 室、特浴 1 室）  
キッチン付き食堂 1 室 機能訓練室 1 室

### 4. 職員体制

職 種	員数	備考	職 種	員数	備考
施設長（管理者）	1		機能訓練指導員	1	
生活相談員	1		介護職員	9	
計画作成者	1		看護職員	1	

### 5. 職員の勤務体制

職 種	時 間	職 種	時 間
施設長	8：00～17：00	介護職員	7：00～16：00
事務職員	8：00～17：00		8：00～17：00
生活相談員	8：00～17：00		10：30～19：30
計画作成者	8：00～17：00		16：00～9：00
機能訓練指導員（兼務）	8：00～17：00	看護職員	7：00～16：00 8：00～17：00

### 6. 営業日

- (1) 営業日 年中無休
- (2) 営業時間 事務所対応時間 9：00～17：00

### 7. 当施設が提供するサービスと料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 当施設が提供するサービスについて、以下の 2 通りがあります。

- ① 利用料金が介護保険から給付される場合
- ② 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

- (2) 提供サービスの概要（基本介護サービス表）

利用料金が介護保険から給付される場合

以下のサービスについては、負担割合に応じた金額が介護保険から給付されます。

- ① 計画作成者により施設サービスを立案します。
- ② 食事介助
- ③ 巡回サービス 日中および夜間の巡回（ご希望に応じて）により、安全確認、安否確認を行います。
- ④ 生活サービス ・ご利用者の居室、共用施設の清掃、整理、ゴミの処理を行います。
- ⑤ 入浴 ・週 2 回以上の入浴ができます。（また、入浴できない場合には、清拭を行います。  
・寝たきりの方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
- ⑥ 排泄 ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

- ⑦ 日常生活介護 特定施設入居者生活介護計画に従って提供します。
- ⑧ 機能訓練 機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復または減退を防止するための訓練を実施します。
- ⑨ 健康管理 看護師、介護職員により健康管理いたします。
- ⑩ その他自立への支援
  - ・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に配慮します。
  - ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
  - ・要支援利用者ができる限り要介護状態とならないで自立した日常生活を営むことができるよう配慮します。
- ⑩ 相談及び援助 日常生活に関する悩みや、介護サービスに関すること、何でも相談させていただきます。
- ⑪ 身体拘束その他の行動制限の廃止
  - 「身体拘束指針」に基づき、利用者の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束その他の方法により、利用者の行動を制限しません。
  - \* 緊急やむを得ないと施設全体で判断する場合、「身体拘束指針」に記した手続きを経て実施します。

### (3) 利用料金の全額をご利用者にご負担頂く場合

- ・巻末料金表をご参照ください。
- (保険給付対象外サービス表)
- (有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表)

## 8. (介護予防) 特定施設入居者生活介護料金

介護サービスを提供した場合の利用料の額は介護報酬の告示上の額とし、当該サービスが法定代理受領サービスである時は、介護保険負担割合証に応じた額とします。詳細は契約時もしくは介護報酬改定時にお渡しする単位数表をご覧ください。

## 9. 利用料金のお支払い方法

毎月5日以降に前月分の請求を発送いたしますので、請求書受領後10日までにお支払い下さい。お支払い方法は、原則として引き落としとさせていただきます。

## 10. 緊急時の対応法

利用中に容態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、協力医療機関、救急隊、親族等に連絡をいたします。

## 11. 協力医療機関

医療機関名称	芹田内科クリニック
所在地	長野市篠ノ井布施高田 755-1
診療科	内科

医療機関名称	宮崎歯科医院
所在地	長野市篠ノ井御幣川 288-1
診療科	歯科

## 12. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

担当者	【管理者】施設長                      【窓口】生活相談員
電話番号	026-274-5357
受付時間	平日（月～金）午前9時～午後5時

(2) 第三者委員会

北野 直志	0263-47-0711

(3) 行政機関その他苦情受付機関

長野市介護保険課	026-224-7871
長野県庁健康福祉部介護支援課	026-235-7121
長野県国民健康保険団体連合会	026-238-1580
長野県福祉サービス運営適正化委員会	0120-28-7109

## 13. 当施設サービスご利用にあたっての留意事項

① 来訪、面会	面会時間は、午前9時～午後5時をお守りいただき、面会簿に記入の上ご面会下さい。面会の際に、食べ物や金銭等をお持ちいただいた場合には、必ず介護職員等にお申し出下さい。
② 外出、外泊	外出・外泊届がごございます。必ず記入をお願い致します。
③ 飲酒、喫煙	健康上問題がなければ、職員の管理のもと、定められた場所で可能ですので、お申し出下さい。
④ 居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は、本来の用途に従ってご利用下さい。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ございます。
⑤ 主治医以外の医療機関への受診	緊急時などは、救急車等で救急医療機関への受診をいたします。
⑥ 迷惑行為等	暴力、騒音等、他の利用者の迷惑になる行為は禁止されております。
⑦ 宗教・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。
⑧ 所持品の持ち込み	日常生活用品等のみにして下さい。また、所持品すべてに記名をして下さい。
⑨ 動物飼育	施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断り致します。

〈(介護予防) 特定施設入居者生活介護サービス開始同意書〉

年 月 日

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

説明者 (職種) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は、本書面に基づき、事業者から重要事項の説明を受け、(介護予防) 特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟ (※)

※代筆の場合、本契約事項を利用者本人に説明した上で代筆しました。

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は、本書面に基づき、事業者から重要事項の説明を受け、上記利用者の連帯保証人として(介護予防) 特定施設入居者生活介護サービスの提供開始に同意しました。

連帯保証人 1 住所 (続柄) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

連帯保証人 2 住所 (続柄) 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

保険給付対象外サービス表

内 容	料 金
家 賃	月額 55,000円
管 理 費	月額 30,000円（一人入居）
食 材 費	月額 31,500円 （朝食 250円） （昼食 410円） （夕食 390円）
厨 房 管 理 費	月額 25,000円
共 益 費	月額 18,000円（共用部分の水光熱費）
水 光 熱 費	水道費は共益費に含む 光熱費（電気料）は個メーター検針による従量制
介護保険給付 対象外費用	入居者の個人的な希望によるもの、又は個人の選択的な個別なサービスは原則的には「都度払い」となります。月にまとめて支払うことも可能です。 詳しくは、重要事項説明書添付のサービス一覧表をご確認下さい。
電 話 料	100円/回

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無					なし	あり		
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）		個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）		包含※2	都度※2	料金※3	備 考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代	/		なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり				
特浴介助	なし	あり	なし	あり				
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○	○	3,300円/30分 受診付き添い
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり				
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり				
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事	/		なし	あり				
おやつ	/		なし	あり				
理美容師による理美容サービス	/		なし	あり		○	○	外部からの訪問理容 2000円/回
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	○	2km圏内 1,650円/回
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理	/		なし	あり		○	○	1,000円/月 必要に応じて別途契約
健康管理サービス								
定期健康診断	/		なし	あり		○	実費	※希望により実施（年1回）
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				介護タクシーの手配
入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		3km圏内 3,300円/30分付き添い
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

重要事項説明書別紙 介護付き有料老人ホーム ぬくもりの里 篠ノ井 利用料

(令和6年6月1日)

○ 基本報酬について

1日あたりの所定単位数が算定されます。

要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
183単位	313単位	542単位	609単位	679単位	744単位	813単位

○ 加算について

対象者には下記単位数が算定されます。

個別機能訓練加算	(I)	12単位/日
	(II)	20単位/日
夜間看護体制加算	(I)	18単位/日
	(II)	9単位/日
協力医療機関連携加算	(I)	100単位/月
	(II)	40単位/月
口腔・栄養スクリーニング加算		20単位/回
科学的介護推進体制加算		40単位/月
退院・退所時連携加算		30単位/日
退去時情報提供加算		250単位/回
看取り介護加算	死亡日	1280単位/日
	2～45日前	72～680単位/日
高齢者施設等感染症対策向上加算	(1)	10単位/月
	(2)	5単位/月
新興感染症等施設療養加算		240単位/日 (1月につき5日まで)
生産性向上推進体制加算	(1)	100単位/月
	(2)	10単位/月
身体拘束廃止未実施減算		総単位数×-10/100 単位
高齢者虐待防止措置未実施減算		総単位数×-1/100 単位
業務継続計画未策定減算		総単位数×-3/100 単位
サービス提供体制強化加算	(I)	22単位/日
	(II)	18単位/日
	(III)	6単位/日
介護職員処遇改善加算 (I)	(I)	所定単位数×128/1000 単位
	(II)	所定単位数×122/1000 単位
	(III)	所定単位数×110/1000 単位
	(IV)	所定単位数×88/1000 単位

※ 利用料の算出にあたっては(上記の単位数+加算)×地域区分(10.14円)のうち介護保険負担割合証の記載に基づき、1～3割がご利用者の負担となります。

以上

【説明同意欄】

令和 年 月 日

(介護予防) 特定施設入居者生活介護の提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

説明者 (職種) 管理者 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は、本書面に基づき、事業者から重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

※代筆の場合、本契約事項を利用者本人に説明した上で代筆しました。

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

保証人 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(続 柄)