

介護老人福祉施設 すずらん 重要事項説明書

〈令和 8年 6月 1日 現在〉

当施設は介護保険の指定を受けています

長野県指定 第 2072100841

当施設は、ご入居者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。

施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたい事を次のとおり説明します。

当施設は、原則として要介護認定の結果「要介護 3～5」と認定された方が対象となります。

1. 介護老人福祉施設すずらんの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	介護老人福祉施設 すずらん
所在地	長野県北佐久郡立科町大字芦田720番1
介護保険事業所番号	介護老人福祉施設 (2072100841)

(2) 同施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
施設長	介護支援専門員	1名		管理業務	1名
副施設長(兼務)	介護支援専門員・社会福祉士	2名		管理業務	1名
医師	医師	嘱託	1名	医療業務	1名
生活相談員	社会福祉士	2名		生活相談業務	1名
管理栄養士	管理栄養士	1名		栄養管理業務	1名
機能訓練指導員	理学療法士	1名		機能訓練業務	1名
介護支援専門員	介護支援専門員	2名		サービス計画作成業務	2名
事務職員		4名	1名	庶務事務	5名
看護職員	看護師 准看護師	2名	9名	看護業務	11名
介護士	介護福祉士 介護職員実務者研修、初任者研修、訪問介護員2級、認知症介護基礎研修 その他	35名	11名	介護業務	46名
清掃係			1名	清掃業務	1名

(3) 事業所の設備の概要

定員	100名	家族宿泊室	1室	
居室	ユニット	10ユニット	医務室	1室
	個室 (入居)	94室	食堂・リビング	ユニット毎
	個室 (短期入所)	6室	地域共生スペース	1室
浴室	ユニット毎 ライナー浴槽 個浴施設全体 特殊浴槽 1台	理美容室	1室	
キッチン	ユニット毎	図書室	1室	

(4) 業務の委託

献立・調理業務については、外部業者への委託となっておりますが、当事業所の管理栄養士の指示のもと適温適時による食事の提供をします。

2. サービス内容

- | | |
|--------------|----------------------|
| ①施設サービス計画の立案 | ⑧特別な食事の提供 |
| ②食事 | ⑨理美容サービス |
| ③入浴 | ⑩行政手続代行 |
| ④介護 | ⑪日常費用支払代行 |
| ⑤機能訓練 | ⑫所持品保管 |
| ⑥生活相談 | ⑬レクリエーション |
| ⑦健康管理 | ⑭その他施設内で生活をする上で必要な事項 |

3. 利用料金

- (1) 基本料金（政令・省令の定める額とします。）
（負担割合証を提示してください。）

① ユニット型介護福祉施設サービス費

	1日当たりの 利用料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
要介護度1	6,700円	670円	1,340円	2,010円
要介護度2	7,400円	740円	1,480円	2,220円
要介護度3	8,150円	815円	1,630円	2,445円
要介護度4	8,860円	886円	1,772円	2,658円
要介護度5	9,550円	955円	1,910円	2,865円

【加算の状況】

I. 看護体制加算 I ロ

常勤の看護師を1名以上配置しています。

1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
40円	4円	8円	12円

II. 日常生活継続支援加算 (条件を満たす期間において)

介護福祉士の割合が利用者6に対し1以上、かつ6ヵ月間(12ヵ月間)の新規入所者の総数に対し、日常生活自立度のランクがⅢ、ⅣまたはⅤに該当する者の割合が65%以上、または介護度4以上の者の割合が70%以上を占めています。

1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
460円	46円	92円	138円

III. 夜勤職員配置加算 II

人員基準+1人以上の介護・看護職員を夜勤時間帯に配置します。

1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
180円	18円	36円	54円

IV. 療養食加算

療養食が必要な方には、定められた基準に基づき療養食を提供します。

1回当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
60円	6円	12円	18円

V. 看取り介護加算 (I) (同意を得られた日より、施設でのお看取り時から遡り算定)

医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入居者について看取り介護を行います。

	1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
死亡日以前31日以上45日以下	720円	72円	144円	216円
死亡日以前4日以上30日以下	1,440円	144円	288円	432円
死亡前日及び前々日	6,800円	680円	1,360円	2,040円
死亡日	12,800円	1,280円	2,560円	3,840円

VI. 初期加算（入居開始後等30日間）

入居開始後30日以内の期間は、加算されます。また、30日を越えて病院等へ入院し再び当苑を利用した場合も30日以内は、加算されます。

1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
300円	30円	60円	90円

VII. 外泊加算（外泊時の6日間）

入院または外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じ、1月に6日を限度として加算されます。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は算定しません。

1日当たりの加算料金	1割負担	2割負担	3割負担
2,460円	246円	492円	738円

VIII. 科学的介護推進体制加算（Ⅱ）

入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入居者の心身の状況等に係る基本的な情報に加えて、入居者ごとの疾病の状況等の情報を、LIFE（科学的介護情報システム）を用いて厚生労働省に提出していること

1月当たりの加算料金	1割負担	2割負担	3割負担
500円	50円	100円	150円

IX. 個別機能訓練加算（Ⅰ）

理学療法士・作業療法士等を1名配置し、多職種が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行います。

1日当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
120円	12円	24円	36円

X. 個別機能訓練加算（Ⅱ）

（Ⅱ）は（Ⅰ）を実施している入居者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、訓練の実施について当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。

1月当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
200円	20円	40円	60円

X I. 褥瘡マネジメント加算（I）

入居者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、入居時等に評価するとともに、少なくとも3ヶ月に1回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。

褥瘡の発生が有った場合に算定します。

1月当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
30円	3円	6円	9円

X II. 褥瘡マネジメント加算（II）

（I）の算定要件等を満たしている施設において、入居時の評価の結果褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について、当該月に褥瘡の発生がない場合に算定します。（1ヶ月13単位）

1月当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
130円	13円	26円	39円

X III. 安全対策体制加算（入居時に1回）

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること

1回当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
200円	20円	40円	60円

X IV. 再入居時栄養連携加算（退院時の1回に限り）

栄養マネジメントを算定している方が医療機関へ入院し、入居時とは大きく異なった栄養管理が必要となって退院する場合、医療機関の管理栄養士と相談して栄養ケアを作成します

1回当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
4,000円	400円	800円	1,200円

X V. 協力医療機関連携加算

施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行なう体制を確保する（1ヶ月50単位）

1月当たりの加算料金	1割自己負担	2割自己負担	3割自己負担
500円	50円	100円	150円

XVI. 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）

- ① 入居者の安全並びに介護サービスの質の確保及び、職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じていること
- ② 見守り機器等のテクノロジーを導入していること
- ③ 生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行なうこと
- ④ 事業年度毎に、生産性向上の取組に関する実績について厚生労働省への報告を行なうこと

1 回当たりの加算料金	1 割自己負担	2 割自己負担	3 割自己負担
100円	10円	20円	30円

XVII. 介護職員等処遇改善加算Ⅰロ

介護職員の処遇改善を図るため、1ヶ月の介護報酬に対して17.6%が加算されます。

(2) 食費 1日当り1,445円

但し、所得段階に応じ減額になります。(減額認定証の提示をして下さい。)

負 担 限 度 額			
利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階①	利用者負担第3段階②
1日/300円	1日/390円	1日/650円	1日/1,360円

※入居者が希望する特別な食事については別途実費をいただきます。

(3) 居住費

①個室 1日2,066円

但し、所得段階に応じ減額になります。(減額認定証の提示をして下さい。)

負 担 限 度 額		
利用者負担第1段階	利用者負担第2段階	利用者負担第3段階
1日/880円	1日/880円	1日/1,370円

※社会福祉法人の入居者負担の軽減対象になる方も入居時に認定証の提示をお願いします。

※入院または外泊をした場合（入院または外泊初日と最終日は除き月6日、月をまたいだ場合12日まで）外泊加算246円(1日)をいただきます。

入院中においては、居住費のみご負担いただきます。

7日目以降は、負担限度額の適用対象外となります。(1日/2,066円)

(4) その他の日常生活費

① 日常生活の身の回り品（ティッシュ、口腔ケア用品等）・・・実費

② 理美容費

外部美容師による理美容を利用・・・実費（1回2,000円）

③ 嗜好飲料費・・・1日260円

④ 居室での電気器具使用料相当額・・・テレビの持ち込み・携帯電話の充電・冬場の

電気毛布の使用等 1台 50円/1日 2台目以降1台につき1日 20円増

⑤ エンゼルケア代金・・・(4,500円) お亡くなりになられた際に着用する浴衣やお顔にかける布等の実費と、職員がお身体を清拭したり、お化粧品を行なう費用を指します。

⑥ その他

上記のほか入居者が選択するレクリエーション費用、買い物代金の費用、特別な食事などは自己負担になります。

(5) 支払方法

毎月18日までに前月分の請求書を発行し、25日(土日祝の場合は、その翌日)に指定口座より振替させていただきます。

お支払方法は、現金納付、口座自動引落しの2通りの中からご契約の際に選べます。

4. 入居及び退居の手続き

(1) 利用手続き

事前に申し込みをいただき、入居判定会議で決定した入居順位により居室に空きがあればご入居いただけます。但し、急を要する等の特別の事情がある場合は、この限りではありません。

入居の前に自宅等へ訪問し、身体状況等について面接をさせていただきます。

入居と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) 退居手続き

① 入居者の都合で退居される場合

退居を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・入居者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護認定区分が非該当(自立)また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。

- ・入居者がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・入居者がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅滞した場合、または入居者やご家族等が当施設や当施設の従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為があった場合は、退居していただく場合があります。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退居していただく場合があります。この場合、できるだけ30日前までに文書で通知いたします。

5. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

施設入居者一人ひとりの意思及び人権を尊重し、その居宅における生活の復帰を念頭に置いて、今までの暮らしが継続できるよう配慮しながら、自律的な日常生活を支援します。

(2) 職員の資質向上

職員の研修は、年1回以上実施しています。

(3) 施設入居にあたっての留意事項

- ① 面会はできるだけ、午前10時から午後4時までの間にお願いします。
- ② 外出、外泊は希望により出来ます。
- ③ 飲酒は、決められた場所で出来ます。
- ④ 設備、器具の利用は生活相談員に相談下さい。
- ⑤ 所持品の持込みは居室の利用できる面積に限りがありますので詳しくは、利用前に確認ください。

(4) 「福祉サービス第三者評価」は、実施していません。

6. 緊急時の対応

事業者は、入居者の健康状態が急変した場合は、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師等に連絡を取る等必要な対応をします。

7. 事故発生時の対応

転倒等の事故が発生した場合は、入居者の身体状況を確認した上で速やかに家族・市町村等へ連絡をすると共に、医師等に連絡を取る等必要な対応をします。事故後、文書にて報告書を作成しその内容について職員に周知徹底し再発防止に努めます。

8. 嘱託医

嘱託医師：「柳澤医院」柳澤 伸孔 医師

所在地：長野県北佐久郡立科町大字芦田2835番地2

TEL：0267-56-1045

診療科：内科、外科、整形外科、消化器科、循環器科、小児科

嘱託歯科医師：「ながい歯科医院」永井 敏 歯科医

所在地：長野県北佐久郡立科町大字芦田2006番地

TEL：0267-56-1165

診療科：一般歯科、小児歯科、歯科口腔外科

9. 協力医療機関

協力医療機関は「川西赤十字病院」

所在地：長野県佐久市望月318番地

TEL：0267-53-3011

診療科：内科、外科、整形外科、眼科、消化器科、循環器科、リウマチ科
リハビリテーション科

10. 非常災害対策

- ① 防災時の対応は防災計画に基づき行います。
- ② 防火管理者は**施設長**です。
- ③ 防災設備は基準に適合しています。
- ④ 防災訓練は年2回行います。
- ⑤ 防火責任者を選任しています。

11. サービス内容に関する相談・苦情

①事業所の相談・苦情

1. 施設ご利用者相談・苦情担当

電 話 0 2 6 7 - 5 6 - 1 9 5 5

(受付時間：月曜日～日曜日 午前9時～午後5時)

苦情受付担当者 副施設長 (介護支援専門員) 氏名 竹内 雅子

苦情解決責任者 施設長 (介護支援専門員) 氏名 五十嵐 恵

2. 当事業所 第三者委員会

②長野県国民健康保険団体連合会 TEL 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0 (苦情窓口)

③各市町村介護保険担当窓口 (立科町) TEL 0 2 6 7 - 5 6 - 2 3 1 1

12. その他

- ・入居者本人または他の入居者等の生命または、身体の保護のため緊急やむを得ない場合に行った身体拘束については、家族等の承諾を得て、その理由・経過等を記録し改善に努めます。
- ・本説明書のうち、厚生労働省が定める介護報酬単位の改定に係るサービス料の変更及び事業者の軽微な変更については、別途通知により説明したものとします。

13. 当事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人ハートフルケアたてしな
代表者役職・氏名	理事長 土 屋 春 江
本事業所所在地	北佐久郡立科町大字芦田720番1
電話番号	0 2 6 7 - 5 6 - 1 9 5 5

実施事業

及び事業所数	居宅介護支援 居宅介護支援事業所たてしな	1カ所
	指定介護老人福祉施設	

介護老人福祉施設すずらん	1カ所
短期入所生活介護	
介護老人福祉施設すずらん	1カ所
介護予防短期入所生活介護	
介護老人福祉施設すずらん	1カ所
通所介護	
デイサービスセンター やすらぎ	1カ所
デイサービスセンター ほほえみ	1カ所
介護予防通所介護	
デイサービスセンター やすらぎ	1カ所
デイサービスセンター ほほえみ	1カ所
認知症対応型共同生活介護	
グループホームだんらん	1カ所
通所介護	
デイサービスだんらん	1カ所
訪問介護	
ヘルパーステーションたてしな	1カ所
介護予防訪問介護	
ヘルパーステーションたてしな	1カ所
市町村からの受託介護サービス事業	

令和 年 月 日

介護老人福祉施設利用にあたり、入居者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

〒384-2305

所在地 長野県北佐久郡立科町大字芦田720番1

名称 介護老人福祉施設すずらん

施設長 五十嵐 恵 印

説明者 介護老人福祉施設すずらん

生活相談員 大森 聡 印

依田 佳奈 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

入居者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印

領収書・請求書の発送先

フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒		
TEL			
フリガナ 氏名		続柄	
住所	〒		
TEL			