

# 地域密着型介護老人福祉施設重要事項説明書

令和8年6月1日現在

当施設は入居者に対して指定地域密着型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ことを次の通り説明します。

## 1. 施設経営法人

- (1)法人名 社会福祉法人 ジェイエー長野会
- (2)法人所在地 長野市大字南長野北石堂町1177-3
- (3)電話番号 026-223-0533
- (4)代表者氏名 理事長 上原孝義
- (5)設立年月日 平成6年4月20日

## 2. ご利用施設

- (1)施設の種類 地域密着型指定介護老人福祉施設  
平成21年4月1日指定
- (2)施設の名称 ゆめの里朝日
- (3)施設の所在地 東筑摩郡朝日村大字古見2422-3
- (4)電話番号 TEL 0263-99-5066 FAX 0263-99-5067
- (5)施設長名 三木千弘
- (6)当施設の運営方針

入居者の人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに入居者及びその家族のニーズを的確に捉え、個別事情を考慮した処遇方針をもとに入居者が必要とする適切なサービスを提供する。また、施設内で実施する諸行事等への地域住民・ボランティア・家族等の積極的参加をすすめ、地域に開かれた施設運営に努める。

- (7)開設年月 平成21年4月1日
- (8)入所定員 28人

## 3. 居室の概要

居室	個室	28室 (1室 13.24㎡～13.73㎡)
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります。
その他、食堂・リビング、談話スペース、地域交流スペース		

#### 4. 職員の配置状況

職名	施設長	介護支援専門員	生活相談員	介護職員	看護職員	機能訓練指導員	管理栄養士	事務職員	医師 (非常勤)
人数	1名 (兼務)	1名 (兼務)	1名	15名以上	1名以上	1名 (兼務)	1名 (兼務)	1名 (兼務)	1名

#### 5. 当施設が提供するサービスの内容

##### ①入居者の自立の支援と日常生活上の援助

- \* 入浴の介助                      1週間に2回以上の入浴又は清拭
- \* 排泄の介助                      排泄の自立について必要な援助
- \* 日常生活上の世話              離床、着替え、整容その他日常生活全般の援助

##### ②食事の提供

栄養並びに入居者の身体の状況及び嗜好を考慮し、入居者の自立の支援のために離床して食事をしていただきます。

##### ③機能訓練

入居者の心身の状況等を踏まえ、個別の機能訓練計画を作成し、日常生活を送る上で必要な生活機能の改善又は維持のための機能訓練を行います。

##### ④健康管理

医師、看護職員が健康管理を行います。

当施設では病院のような医療を行うことはできません。医師が、治療を必要と判断した場合にはご家族に連絡し病院に入院していただくことになります。

##### ⑤その他

入居者又は家族の希望によりレクリエーション、クラブ活動、買物外出、行事食等を随時実施するほか、月1回理美容サービスを行います。

## 6. 利用料金

### (1) 介護福祉施設サービス費（1日当たり）

要介護度別	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用料	682単位	753単位	828単位	901単位	971単位

### (2) 上記(1)に追加される当施設該当加算

- ①生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位/月
- ②栄養マネジメント強化加算 11単位/日
- ③日常生活継続支援加算 46単位/日 ③ サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22単位/日

※③は入居者の状況によりいずれかの加算となります

- ④看護体制加算(Ⅰ) 12単位/日
- ⑤看護体制加算(Ⅱ) 23単位/日
- ⑥夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ 46単位/日
- ⑦褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 3単位/月
- ⑧科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 40単位/月
- ⑨生産性向上推進体制加算(Ⅱ) 10単位/月
- ⑩協力医療機関連携加算 50単位/月
- ⑪排せつ支援加算(Ⅰ) 10単位/月
- ⑫介護職員等処遇改善加算Ⅰロ

※⑫の単位数については後に記載があります

### (3) 該当者のみ算定となる加算

- ⑬経口維持加算 400単位/月（摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方）
- ⑭初期加算 30単位/日

（入居をした日から起算して30日以内の期間と、30日を超えて医療機関等に入院をされた後に再び施設に入居をした場合にかかる加算）

- ⑮安全対策体制加算 20単位 ※入所時1回限り
- ⑯看取り介護加算(Ⅱ)（医師の診断により、本人又は家族の同意を得て実施）

死亡日以前31日以上45日以下 72単位

死亡日以前4日以上30日以下 144単位

死亡日前日及び前々日 780単位

死亡日 1580単位

- ⑰配置医師緊急時対応加算 650単位/回（早朝又は夜間） 1300単位/回（深夜）  
325単位/回（通常の勤務時間外※早朝・夜間・深夜を除く）

- ⑱再入所時栄養連携加算 200単位/回

⑯外泊時加算 246単位/日 ⑰在宅サービス利用 560単位/日

(入居者が入院又は外泊をされた場合に、6日(月をまたぐ場合は12日)を限度として①～⑪、  
⑬～⑱に代えていただく加算)

※ ⑱はいずれかの加算となります

○外泊時加算若しくは在宅サービス利用の算定期間中と入院中については加算に加えて、下記(4)の  
居住費を請求させていただきます。(但し、入院又は外泊の初日及び最終日は算定しません)

外泊時費用の期間(6日、月をまたぐ場合は12日)を超えた場合もお部屋を確保している場  
合は居住費をいただきます

減免対象者(負担段階第1～3段階)の方は、外泊時費用算定期間中は通常  
負担限度額を、それ以外の期間は第4段階に記載されている負担額とします

※ ⑫の介護職員処遇改善加算については、介護福祉施設サービス費と上記①～⑪、⑬～⑱の  
合計単位の1000分の176に相当する単位数となります。

※ 介護保険料の負担割合に応じて利用料金が変わりますのでご了承ください。

※ 1単位 = 10円

(4) 居住費(滞在費)・食費

～ 令和8年7月31日まで ～

居住費 (1日あたり)

区 分	入居者負担 第1段階	入居者負担 第2段階	入居者負担 第3段階①	入居者負担 第3段階②	入居者負担 第4段階
利 用 料	880円	880円	1,370円	1,370円	2,150円

食費 (行事食、おやつ含む) (1日あたり)

区 分	入居者負担 第1段階	入居者負担 第2段階	入居者負担 第3段階①	入居者負担 第3段階②	入居者負担 第4段階
利 用 料	300円	390円	650円	1,360円	1,600円

～ 令和8年8月1日から ～

居住費 (1日あたり)

区 分	入居者負担 第1段階	入居者負担 第2段階	入居者負担 第3段階①	入居者負担 第3段階②	入居者負担 第4段階
利 用 料	880円	880円	1,370円	1,470円	2,150円

食費 (行事食、おやつ含む) (1日あたり)

区 分	入居者負担 第1段階	入居者負担 第2段階	入居者負担 第3段階①	入居者負担 第3段階②	入居者負担 第4段階
利 用 料	300円	390円	680円	1,420円	1,600円

※介護保険負担限度額認定証を受けている場合には、各限度額までの負担となります。

※介護保険負担限度額認定証をお持ちの方は、利用時に必ず提示をお願い致します。提示が無い場合には第4段階の利用料金を徴収させていただきます。

介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、入居者負担額を変更いたします。

#### (5) その他料金

- 理美容サービス 2,000円/回
- 医療費、薬代 自己負担額
- エンゼルケア 6,000円(9:00~18:00) 8,000円(18:00~9:00)  
入居者が施設でお亡くなりになった際に行う処置の費用
- インフルエンザ予防接種及び予防薬に係わる費用  
インフルエンザ・新型コロナウイルス抗原検査キット等の代金
- レクリエーション費用、郵送料等事務費 実費
- 電気代(個人的に電化製品を使われる方)実費相当分  
例)テレビ50円/日、電気毛布50円/日
- 写真現像代 50円/1枚
- 特別な体位変換枕、車イス用クッション
- 上記のほか買い物サービスの費用等

#### (6) 利用料金のお支払い

料金・費用は、1カ月ごとに計算しご請求いたします。翌月18日(土日祝日の場合は翌営業日)に指定のお口座より自動口座引落しさせていただきます。

- 指定金融機関 JA松本ハイランド 八十二長野銀行  
ゆうちょ銀行

#### (7) 法定代理受領について

当事業所は介護保険給付に要した費用について、入居者が介護サービス費として市町村から給付を受ける額の限度において、入居者に代わって市町村から支払いを受けます。

## 7. 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当施設との契約は終了し、ご入居者に退所していただくこととなります。

- ①入居者が死亡した場合
- ②要介護認定により入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ③事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合
- ⑤施設が介護保険事業者の指定を取り消された場合、事業を休止又は廃止した場合、又は指定を辞退した場合
- ⑥第16条から第18条に基づき本契約が解約又は解除された場合

### (1) 入居者からの退所の申し出(中途解除・契約解除)

入居者は、契約の有効期間中でも、当施設からの退所を申し出ることができます。その場合、退所を希望する日の5日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合は即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②入居者が入院された場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により入居者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥他の入居者が入居者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

### (2) 事業者からの申し出により退所していただく場合(契約解除)

- ①入居者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②入居者によるサービス利用料金の支払いが、2カ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③入居者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他

の入居者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④入居者が連続し2カ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合

⑤入居者が介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

※入居者が病院等に入院された場合の対応について

①2カ月以内に退院すれば、退院後も再び当施設に入居できます。

②2カ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。

③3カ月以内に退院すれば、当施設に優先入所できます。

④6日を超える入院の場合の生活介助(洗濯等)については、ご家族でお願いいたします。

### (3) 円滑な退所のための援助

入居者が当施設を退所する場合には、入居者の希望により、事業者は入居者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を入居者に対して速やかに行うものとします。

①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介

②居宅介護支援事業者の紹介

③その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

## 8. 残置物引取人

①本契約が終了した後、入居者の残置物(高価品を除く)がある場合に備えて、その残置物の引き取り人(以下「残置物引取人」という。)を定めることができます。

②当施設は残置物引取人に連絡の上、残置物を引き取っていただきます。

③その引き渡しに係る費用は入居者又は残置物引取人にご負担いただきます。

残置物引取人

氏名	
入居者との続き柄	
住所(代理人と違う場合のみ)	

## 9. 事故発生時の対応

介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合はすみやかに関係者に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

## 10. 非常災害時の対応

非常災害時には別途定めるゆめの里朝日消防計画により対応を行います。

## 11. 入居者情報の開示について

入居者の個人情報の開示については、別途定める「個人情報にかかる開示申請等に関する規則」により対応を行います。

## 12. サービス内容に関する相談、苦情

当施設における相談、要望、苦情等は次の窓口で受け付けます。

当施設	相談窓口	担当 平林 一也
	電話番号	0263-99-5066
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時
第三者委員	筒井貞子	99-3244
	四谷俊明	99-2912
	奥田幹樹	99-2001
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時
朝日村住民福祉課	電話番号	0263-99-2001
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時
国保連合会	電話番号	026-238-1580
	受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

\* 尚、苦情や意見等を述べた方に対して、万が一不利益な扱いを受けたとされる場合は、施設として責任ある対応を取らせていただきますので、責任者にその旨お申し出ください。

## 13. 福祉サービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無

実施有り

実施した直近の評価年月日

令和4年3月28日

実施した評価機関名

一般社団法人 しなの福祉教育総研

評価結果の開示状況

開示有り

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供にあたり、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 所在地 東筑摩郡朝日村大字古見2422-3  
名称 特別養護老人ホーム ゆめの里朝日 印

説明者 氏 名 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定介護福祉施設サービス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 \_\_\_\_\_

代理人 入居者との続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

