

重要事項説明書

特別養護老人ホーム

きらく苑

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 軽井沢会
(2) 法人所在地 北佐久郡御代田町大字御代田 4 1 0 8 番地 1 3 7 4
(3) 電話番号 0 2 6 7 - 3 2 - 2 5 2 5
(4) 代表者氏名 理事長 荻原敏孝
(5) 設立年月 昭和 5 8 年 8 月

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 令和 2 年 4 月 1 日更新
長野県 2 0 7 2 1 0 0 0 8 0 号
(2) 施設の名称 特別養護老人ホーム きらく苑
(3) 施設の所在地 北佐久郡御代田町大字御代田 4 1 0 8 番地 1 3 7 4
(4) 電話番号 0 2 6 7 - 3 2 - 2 5 2 5
(5) 施設長氏名 荻原孝史
(6) 開設年月 昭和 5 9 年 4 月
(7) 入所定員 1 0 0 人

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。
入居される居室は、原則として 4 人部屋になります。

2 人部屋	6 室	食堂	1 室
4 人部屋	2 2 室	機能訓練室	1 室
静 養 室	2 室	浴室	1 室
合 計	3 0 室	医務室	1 室

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。

4. 職員の配置状況

職 種	常勤換算	指定基準	備考
1. 施設長 (管理者)	1 名	1 名	
2. 介護職員	3 1 名以上	3 1 名	
3. 生活相談員	1 名	1 名	
4. 看護職員	3 名以上	3 名	
5. 介護支援専門員	1 名	1 名	
6. 機能訓練指導員	1 名	1 名	
7. 医師	嘱託	必要数	
8. 栄養士	1 名	1 名	

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

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。
当施設が提供するサービスについて、

- | |
|---------------------------|
| (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 |

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

※一定以上の所得のある方については、8 割が介護保険から給付されます。

※現役並みの所得のある方については、7 割が介護保険から給付されます。

【サービスの概要】

①居室の提供

②食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため、離床して食堂にて食事を摂っていただくことを原則としています。

(食事時間)

朝食 7:00～ 8:00

昼食 12:00～ 13:00

夕食 18:00～ 19:00

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。(医師の指示で中止することがあります。)
- ・身体状況により、特別浴槽を使用して入浴する事もできます。

④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。

⑤機能訓練

- ・看護職員により、ご利用者の心身の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦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できる限り配慮します。
- ・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。

(介護給付サービスによる1日あたりの利用料金)

別紙の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から、介護保険給付費額を除いた金額(自己負担額)と食事及び居住に係る標準自己負担額をお支払い下さい。

(サービスの利用料金はご利用者の要介護度に応じて異なります。)

- ・ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後に、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。償還払いとなる場合は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供書」を交付します。
- ・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、ご利用者の負担額を変更します。(要介護度に変更になった場合も、自己負担額が変更になります。)
- ・居住と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載してある負担限度額とします。

(その他の介護給付サービスによる1日あたりの利用料金)

加算	自己負担額	備考
初期加算	30円	
入院・外泊時加算	246円	
安全対策体制加算	20円	
療養食加算	18円	
日常生活継続支援加算(I)	36円	
夜勤職員体制加算	13円	
若年性認知症加算	120円	

(2) (1) 以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

【サービスの概要と利用料金】

①特別な食事(お酒を含みます。)

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金: 要した費用の実費

②理髪・美容

月2回、美容師の出張による理美容サービス(調髪)をご利用いただけます。

利用料金: 1回あたり 2,000円

③貴重品の管理

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。子細は以下の通りです。

- ・管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- ・お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関に届け出た印鑑、年金証書
- ・保管管理者：施設長
- ・出納方法：別紙利用者所持金取り扱い要領により行います
- ・利用料金：無料

④レクリエーション、クラブ活動

ご利用者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただく事ができます。

利用料金：材料費等の実費をいただきます。

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき：10円

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活用品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担いただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

夏物衣類・冬物衣類各年1回、10,000円以内で購入させていただきます。

オムツ代は介護保険給付対象になっているので、ご負担の必要はありません。

⑦契約書第19条に定める所定の料金

ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から、現実に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金（1日あたり）

ご利用者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料金	5,730円	6,410円	7,120円	7,800円	8,470円

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(前記(2)③でお預かりした預金通帳からお支払いいただく場合は、施設で口座引き落としの手続きをさせていただきます。)

ア. 施設窓口での現金支払い(お釣りのないようお願いします。)

イ. 施設指定口座への振込み

ウ. 八十二銀行口座からの引き落とし

(4) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診察や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保障するものではありません。また、下記協力医療機関での診察・入院治療を義務づけるものでもありません。)

①協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人 恵仁会 くらさわ病院
医療機関の住所	佐久市中込1-17-8
診療科	内科、整形外科、皮膚科、形成外科、婦人科、外科、 リハビリテーション科、リウマチ科、

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人 聖清会 林歯科診療所
医療機関の住所	御代田町大字御代田2422-79

6. 長野県福祉サービス第三者評価事業について
福祉施設第三者評価事業という、第三者評価機関が専門かつ客観的な立場から評価する事業がありますが、当施設では第三者評価を受けていません。
7. 苦情の受付について
- (1) 当施設における苦情の受け付け
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。
- ・ 苦情受け付け窓口
事務長 甘利元重
 - ・ 受け付け時間 毎週月曜日～金曜日
9：00～18：00
- (2) 行政機関その他苦情受け付け機関
- ・ 出身市町村の介護保険担当課
 - ・ 御代田町地域包括支援センター (0267-31-2510)
 - ・ 長野県国民健康保険団体連合会 (026-238-1550)
 - ・ 長野県社会福祉協議会 (026-228-4244)

令和 年 月 日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護福祉施設 きらく苑
説明者職名 施設長 氏名 荻原孝史 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から重要事項の説明及び別紙料金表の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

契約者住所

契約者氏名

印

続柄
