

# 特別養護老人ホームぎふ愛の里

## 重要事項説明書

社会福祉法人 如水会  
特別養護老人ホームぎふ愛の里

岐阜県揖斐郡大野町大字大野字上城東 742-14

TEL (0585) - 35 - 7717

FAX (0585) - 35 - 7718

令和6年10月1日改定



## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 如水会
- (2) 法人所在地 岐阜県揖斐郡大野町大字大野字上城東 742-14
- (3) 電話番号 TEL 0585-35-7717  
FAX 0585-35-7718
- (4) 代表者氏名 理事長 佐々木 史郎
- (5) 設立年月 平成 21年 8月 1日

## 2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 平成 21年 8月 1日指定  
岐阜県 第 2172601060 号
- (2) 施設の名称 特別養護老人ホーム ぎふ愛の里
- (3) 施設の所在地 岐阜県揖斐郡大野町大字大野字上城東 742-14
- (4) 電話番号 TEL 0585-35-7717  
FAX 0585-35-7718
- (5) 施設長（管理者）氏名 青木 透
- (6) 当施設の運営方針 利用者がその人らしい在宅生活が続けられるよう、  
自立に向けた援助を行います。利用者とのかかわり  
を大切にし、家庭的な雰囲気が感じられる施設を  
目指します。
- (7) 開設年月 平成 21年 8月 1日
- (8) 入所定員 50人

### 3. 居室の概要

#### 居室等の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	50室	洗面所付
合計	50室	
共同生活室	5室	
浴室	6室	
医務室	1室	

上記は、介護保険法に定める指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている設置基準を満たしています。

### 4. 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員	29名	15名
3. 生活相談員	1名	1名
4. 看護職員	3.5名	2名
5. 介護支援専門員	1名	1名
6. 医師	（非常勤）1名	1名
7. 管理栄養士	1名	1名
8. 機能訓練指導員	1名	1名

\*常勤換算はショートステイとの兼務職員を含みます。

\*令和3年8月1日時点での配置です。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 医師	週1回
2. 介護職員 看護職員	早番： 7：00～16：00 日勤： 8：30～17：30 遅出： 11：00～20：00 遅出（看護） 10：00～19：00 夜勤： 17：00～翌日10：00

## 5. 当施設が提供するサービスと利用料金

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割・収入に応じて8割・7割の方もあ）が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

##### ①食事介助

- ・ 管理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状況及び嗜好を考慮して提供された食事を快適かつ安全にとって頂けるよう援助します。

標準的な食事時間は次の通りです。

（ 朝食 8：00～ 昼食 12：00～ 夕食 18：00～ ）

##### ②入浴介助

- ・ 入浴又は清拭を週2回以上行います。利用者の身体能力を最大限活用した入浴ができるように援助します。

##### ③排泄介助

- ・ 排泄の自立を促すため、利用者の排泄リズムに合わせた排泄時間、及び身体能力を最大限活用した排泄形態での援助を行います。

##### ④健康管理

- ・ 医師や看護職員が、健康管理を行います。

##### ⑤その他自立への支援

- ・ 施設内での日常生活行動の中で、在宅での生活に復帰出来るよう援助を行います。（生活リハビリ）
- ・ 生活の場としての環境を整備し、安心して日常生活が送れるよう援助します。

#### <サービス利用料金（1日あたり）>（契約書第5条参照）

下記の料金表によって、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）をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

1 利用者の要介護度とサービス利用料金	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
	6700 円	7400 円	8150 円	8860 円	9550 円

#### <<1割負担>>

2 うち、介護保険から給付される金額	6030 円	6660 円	7335 円	7974 円	8595 円
3 サービス利用に係る自己負担額	670 円	740 円	815 円	886 円	955 円

《 2 割負担 》

2	うち、介護保険から給付される金額	5360 円	5920 円	6520 円	7088 円	7640 円
3	サービス利用に係る自己負担額	1340 円	1480 円	1630 円	1772 円	1910 円

《 3 割負担 》

2	うち、介護保険から給付される金額	4690 円	5180 円	5705 円	6202 円	6685 円
3	サービス利用に係る自己負担額	2010 円	2220 円	2445 円	2658 円	2865 円

＜日または月単位でかかる加算＞

- ・個別機能訓練加算 I 12 円/日 (2 割 : 24 円 3 割 36 円)
- ・栄養マネジメント強化加算 11 円/日 (2 割 : 22 円 3 割 : 33 円)
- ・夜勤職員配置加算 II 1 27 円/日 (2 割 : 54 円 3 割 : 81 円)
- ・サービス提供体制強化加算 III 6 円/日 (2 割 : 12 円 3 割 : 18 円)
- ・科学的介護推進体制加算 I 40 円/月 (2 割 : 80 円 3 割 : 120 円)
- ・ADL維持等加算 I 30 円/月 (2 割 : 60 円 3 割 : 90 円)
- または II 60 円/月 (2 割 : 120 円 3 割 : 180 円)
- ・生活機能向上連携加算 II 2 100 円/月 (2 割 : 200 円 3 割 : 300 円)

※介護保険利用単位数に対し、介護職員処遇改善加算 8.3%が加算されます。  
 ※介護保険利用単位数に対し、介護職員等特定処遇改善加算 2.3%が加算されます。  
 ※介護保険利用単位数に対し、ベースアップ等支援加算 1.6%が加算されます。

★令和 6 年 6 月分より、上記 3 つの処遇改善加算が 1 本化され、介護職員処遇改善加算 IIとして介護保険利用単位数に対し、13.6%が加算されます。

＜その他の加算料金（1 日または 1 カ月あたり）＞

必要に応じて加算させて頂くことがあります。

※新規入所後、もしくは 30 日を超える病院等への入院後の再入所に限り、入所した日より 30 日以内の期間については、前記料金以外に初期加算（30 円）を加算する場合があります。

※褥瘡マネジメント加算（3 単位/月→13 単位/月）や、排せつ支援加算（10 単位/月→15 単位/月→20 単位/月）など、入居者様の状態により加算をさせていただきます。また、支援により状態の改善等により月の加算単位数が変わる場合があります。

※医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合に療養食加算（1食6円）、経管により食事を摂取する利用者について経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく経口移行計画を作成し栄養管理を行った場合に180日を限度に経口移行加算（28円）がかかる場合があります。

また、医師の指示に基づき、摂食機能障害を有する利用者について、継続して経口による食事摂取を進めるために経口維持計画に従った栄養管理を行った場合に180日を限度に経口維持加算（利用者の摂取機能障害の程度により28円又は5円）がかかる場合があります。

※特別通院送迎加算 594単位/月

\*定期的かつ継続的に透析を必要とする入所者であって、家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事由がある者について、施設職員が月12回以上の送迎を行った場合

※退所時情報提供加算 250単位/回

\*医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合

※新興感染症等施設療養費 240単位/日（1月に1回、連続する5日を限度）

\*入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場

※再入所時栄養連携加算 200単位/回（1人1回限度）

\*医療機関から介護保険施設への再入所者であって特別食等を提供する必要がある利用者に算定

※若年性認知症利用者受入加算 120単位/日

\*若年性認知症の方を利用者として受け入れ、利用者のニーズに応じたのサービス提供を行う場合を評価する加算

※退所前訪問相談援助加算 460単位/回（入所中1回～2回限度）

\*1月以上入所する見込みの入所者が退所する前に、介護支援専門員、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、医師のいずれかの職種の者が退所後に生活する居宅を訪問し、相談援助を行った場合

※退所後訪問相談援助加算 460単位/回（退所後1回限度）

\*入所者の退所後 30 日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して相談援助を行った場合に、退所後 1 回を限度として算定

\*入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、当該入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、連絡調整、情報提供等を行ったときも、同様に算定

※退所時相談援助加算 400 単位／回（1 回を限度）

\*入所期間が 1 月を超える入所者が退所し、退所後に居宅にて、居宅サービスを利用する場合に、入所者とその家族に対して地域密着型サービス、保健医療サービス等について相談援助を行う

\*入所者の同意を得て、退所の日から 2 週間以内に、居住地を管轄する市町村及び、介護老人介護支援センターに対して、入所者の介護状況を示す文書を添えて、退所後のサービスを利用するために必要な情報を提供

\*また、入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合は、入所者の同意を得て、社会福祉施設等に対して入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者の処遇に必要な情報を提供したときも、同様に算定

※退所前連携加算 500 単位／月（1 回を限度）

\*入所期間が 1 月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、入所者の介護状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス又は地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合

○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、利用者の負担額を変更します。

○利用者が、6 日以内の入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく利用料金は、次の通りです。但し、月をまたぐ場合は最大 1 2 日間となります。（契約書第 18 条、第 22 条参照）

1. サービス利用料金	2,460 円	1 割負担	2 割負担	3 割負担
2. うち、介護保険から給付される		2,214 円	1,968 円	1,722 円
3. 自己負担額（1－2）		246 円	492 円	738 円

この他、居住費についても負担して頂きます。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

② 居住費 2,500円（日額）

② 食費 1,600円（日額）

→当施設では、管理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。

・ただし、この2つの費用は経済状況等により「特定入所者介護サービス費」の給付対象の方の場合、定められた負担限度額をお支払い頂くこととなります。（日額）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
居住費	880円	880円	1,370円	1,370円
食費	300円	390円	650円	1,360円

③ その他の日常生活費

項目	内容	個別実費
日常生活品	口腔ケア用品や保湿ローションなど、利用者が特別に希望の日常生活用品	実費
嗜好品	利用者が特別にご希望の飲食物や行事食・外出時の食事代等	実費
おやつ代	利用者の特別の希望により提供するおやつにかかる費用	120円
行事参加費	入場料・交通費・行事諸雑費等	実費
理美容代	近所の理容室・美容室・出張による理美容サービス	実費
預金管理費	利用者の預金等の出納管理・記帳等の管理費用	月1000円

\*日常生活品費のうち、テレビレンタル代は1日120円です。

\*日常生活品費のうち、電気使用料は、個人的に持ち込まれる電化製品でコンセントを使用するものについて、1日30円を申し受けます。

\*嗜好品代のうち、施設でのコーヒー紅茶等の提供に伴う費用は、1カ月800円です。

④ 貴重品の管理

・利用者の希望により、貴重品管理サービスを利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：金融機関に預け入れている預貯金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届出た印鑑、年金証書、有価証券等

○保管管理者：施設長

- ・ 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。
- 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は上記届出の内容に従い預金の預け入れ及び引き出しを行います。保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを利用者へ交付します。

○ 利用料金：1か月当たり 1,000円

⑤ レクリエーション、クラブ活動

- ・ 利用者の希望により趣味やレクリエーション等の活動に参加していただくことができます。
- ・ 利用料金：材料代等の実費をいただくことがあります。

⑥ 健康管理費

- ・ インフルエンザ予防接種に係る費用など。 実費相当額

⑧ 複写物の交付

- ・ 利用者は、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負担いただきます。 1枚につき10円

⑨ 契約書第19条に定める所定の料金

- ・ 利用者が契約終了後も居室を使用する場合等に、本来の契約終了日以降の日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る介護サービス料金

契約者の要介護度 1日の料金	要介護度1 6,890円	要介護度2 7,560円	要介護度3 8,290円	要介護度4 8,960円	要介護度5 9,630円
-------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

\* 利用者が、要介護認定で自立又は要支援状態と判定された場合 6,890円

- ・ 居住費 2,500円 (日額)
- ・ 食費 1,600円 (日額)
- ※ 「特定入所者介護サービス費」は対象外になります。

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、精算し、指定金融機関口座からの自動引き落としとさせていただきます。

(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

(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療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・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・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	JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院
所在地	揖斐郡大野町下磯 293 番地 1
医療機関の名称	ゆり形成内科整形おおの
所在地	揖斐郡大野町大字大野 753 番地 141

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院
所在地	揖斐郡大野町下磯 293 番地 1

6. 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。ただし、仮に下記のような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、利用者に退所していただくこととなります。(契約書第 13 条参照)

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 利用者が死亡した場合</li><li>② 要介護認定によりご利用者が自立又は要支援状態と判定された場合</li><li>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ホームを閉鎖した場合</li><li>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</li><li>⑤ 事業者が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合</li><li>⑥ 利用者から退所のお申し出があった場合 (詳細は以下をご参照下さい。)</li><li>⑦ 事業者から退所の申し出を行った場合 (詳細は以下をご参照下さい。)</li></ul> |
|--|

(1) 利用者からの退所の申し出

(中途解約・契約解除) (契約書第 14 条、第 15 条参照)

契約書の有効期間であっても、利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日前までに退所届をご提出ください。ただし、以下の場合には、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 利用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老人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ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、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 他の利用者がご契約者の身体・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) (契約書第 16 条参照)

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- ① 利用者が、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、又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 利用者によるサービス利用料金の支払いが 3 ヶ月以上遅延し、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 利用者が、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利用者等の生命・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 利用者が連続して 3 か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 利用者が他の介護保険施設に入所した場合

\*利用者が病院等に入院された場合の対応について (契約書第 18 条参照)

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

①検査入院等、6 日間以内の短期入院の場合

6 日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し入院期間中であっても、所定の利用料金を負担して頂きます。

②7 日間以上 3 か月以内の入院の場合

3 か月以内に退院された場合には、退院後再び当施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等を利用して頂く場合があります。また、入院中は入院日翌日から 7 日目以降の期間(月をまたぐ場合は最大 13 日目以降)について

は利用料金を負担して頂く必要はありません。

③3 か月以内の退院が見込まれない場合

3 か月以内の退院が見込まれない場合、又は3ヶ月以上入院となった場合には、契約を解除する場合があります。

(3) 円滑な退所のための援助（契約書第17条参照）

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、事業者は利用者の心身の状況、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ご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の情報提供
- 居宅介護支援事業者の情報提供
- その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の情報提供

7. 残置物の引き取りについて（契約書第21条参照）

入所契約が終了した後、当施設に残されたご利用者の所持品（残置物）を利用者又は利用者自身が引き取れない場合は、身元引受人に引き取って頂きます。

また、引渡しに係る費用は、利用者又は身元引受人に負担して頂きます。

8. 事故発生時の対応

施設サービスにおいて事故が発生した場合は、速やかに必要な処置を行い、利用者のご家族、必要に応じては医療機関等に連絡を取るとともに、公的機関に報告する事とします。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

②個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、利用者および家族の個人情報を必要最小限の範囲内で使用・提供します。

③個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

10. 福祉サービス第三者評価実施状況

項目	内容
(1) 実施の有無	有 ・ 無
(2) 実施年月日(直近実施日)	令和 年 月 日
(3) 実施した評価機関	
(4) 評価結果の開示状況	

11. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

(1) 当施設における苦情の受付

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。

○苦情解決責任者（担当者）

【職名】 管理者 青木 透

○苦情受付窓口（担当者）

【職名】 相談員 又は 介護支援専門員

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：30 （電話番号 0585-35-7717）

また、苦情・ご意見受付ボックスを設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

大野町民生部 健康推進課	所在地：大野町大野80 電話番号：(0585) 34-1111 FAX：(0585) 34-2110 受付時間：毎週月～金曜日 8：30～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地：岐阜市下奈良2-2-1 電話番号：(058) 275-9826 FAX：(058) 275-7635 受付時間：毎週月～金曜日 9：00～17：00
岐阜県社会福祉協議会	所在地：岐阜市下奈良2-2-7 電話番号：(058) 278-5136 FAX：(058) 278-5137 受付時間：毎週月～金曜日 9：00～16：00

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームぎふ愛の里  
事業者住所 岐阜県揖斐郡大野町大字大野字上城東 742-14  
事業者名 社会福祉法人 如水会  
代表者氏名 理事長 佐々木 史郎

説明者 職名  
氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、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 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人住所 \_\_\_\_\_

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_