

社会福祉法人 長野南福社会
指定介護老人福祉施設 真島の里 重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

指定介護老人福祉施設真島の里は、利用契約書に基づき利用者に対して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の他、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

1. サービスを提供する事業者について

事業者の名称	社会福祉法人長野南福社会
代表者氏名	理事長 倉石 和明
事業者の所在地	長野市大字栗田669
事業者の電話番号	TEL: 026-217-2397
設立年月日	平成2年6月30日

2. 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について

施設の種類	指定介護老人福祉施設
事業所番号	介護保険指定番号 2070100546
施設の名称	特別養護老人ホーム 真島の里
施設の所在地	〒381-2204 長野市真島町真島563番地2
電話・FAX番号	TEL 026-285-5571 FAX 026-285-5573
施設設立年月日	平成3年4月1日
利用定員	定員 90名
アクセス	長野駅金井山線金井山経由松代行き「中真島」下車徒歩5分(土日祝日運休) 車 JR長野駅東口下車 約8km 約20分 (高速道路利用) 長野インターチェンジ下車 約7km 約15分

3. 当法人の理念

「人は人として存在することによって尊く、 真の福祉は、人の尊さを知り個人の人格を敬愛することから始まる」

4. 施設の運営方針・目的

運営方針

- ①ご利用者様の人権を尊重し、常に利用者の立場に立った施設サービスを提供します。
- ②施設サービス計画書に基づき可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭において、入浴・排泄・食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他日常生活上の介助、機能訓練、健康管理及び療養上の介助を行うことにより、ご利用者様がその有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにすることを目指します。

目的

利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。

5. 職員体制

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、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、指定基準を厳守しています。

職 名	業 務 内 容	職 員 数	指定基準	資 格 等
管 理 者	施設全体の管理・業務の統括	1 以上	1	施設長認定・介護福祉士等
嘱 託 医 師	診察・健康管理	3 以上	(1)	
生 活 相 談 員	生活相談・連絡調整	1 以上	1	介護福祉士等
介 護 支 援 専 門 員	施設サービス計画書の作成等	1 以上	1	介護支援専門員・社会福祉士等
介 護 職 員	日常生活介護全般	3 0 以上	30	介護福祉士等
看 護 職 員	健康管理・通院介助等	3 以上	3	看護師等
機 能 訓 練 指 導 員	機能訓練・嚥下訓練等	1 以上	1	作業療法士
管 理 栄 養 士	栄養ケアマネジメント	1 以上	1	管理栄養士
歯 科 衛 生 士	口腔衛生	1 以上		歯科衛生士
事 務 職 員	庶務・会計・その他	1 以上	1	
用 務 員	施設内外の修繕・送迎等	1 以上		

6. 施設の設定の概要

下記は厚生労働省が定める基準により、必置が義務付けられている設備になります。

居 室	4 人部屋	1 8 室 (1 室 3 5. 0 m ²)
	2 人部屋	9 部屋 (1 8. 6 1 m ²)
静 養 室		4 室 (1 5. 3 m ²)
浴 室	個浴	1 室 (3 1. 2 m ²)
	機械浴室	1 室 (3 6. 0 m ²)
食 堂		3 室 (1 1 2. 7 m ²)
医 務 室		1 室 (1 2. 4 9 m ²)
機 能 回 復 訓 練 室		1 室 (1 7 8. 2 m ²)

7. 協力病院

公益財団法人倉石地域財団法人 栗田病院	TEL026-226-1311
公益財団法人倉石地域財団法人 栗田病院歯科センター	TEL026-269-0011

8. サービスの内容

(1) 施設サービス計画	身体の状態、利用者等の要望に応じたサービス計画を立案します。概ね 6 ヶ月に一度評価見直しを行い、また必要に応じて随時見直しを行います。
(2) 食 事	朝 食 7 : 3 0 ~ 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 夕 食 1 8 : 0 0 ~ ※身体状況に応じた特別食を提供することがあります
(3) 入 浴	個浴と機械浴があります。 基本的には週 2 回の入浴ですが、希望入浴も行っています。また、 身体の状態によっては、清拭となる場合もあります。
(4) 介 護	食事・排泄・入浴・更衣等の介助、体位交換、シーツの交換、移動の 付添い等。
(5) 看 護	一般生活上の処置及び観察、嘱託医の指示による処置を行います。

(6) 機能訓練	利用者の状況に応じた、計画書を作成し機能訓練を行います。
(7) クラブ活動	余暇活動として、週に1回程度行います。
(8) 生活相談	日常生活上の相談、苦情の受付を行います。
(9) 健康管理	<p>嘱託医により診察や、健康相談を受けることができます。</p> <p>精神科診察については月2回となります。</p> <p>感染症法によるレントゲン検診を年1回行います。</p> <p>また、予防接種（費用については自己負担となります。）は、利用者等の同意により行います。</p> <p>年1回の歯科医師の健診及び月2回の歯科衛生士による指導を行います。</p>
(10) レクリエーション	月間の行事計画・レクリエーション計画等により実施します。 （季節行事含）。
(11) 付添い介助	通院及び買い物外出等の介助を行います。
(12) その他	<p>注文食の提供（外部への依頼・・・費用は自己負担）</p> <p>訪問理美容サービス（委託）</p> <p>日用品支払代行</p> <p>貴重品の保管</p> <p>行政手続代行（介護認定申請に限る）</p>

9. サービス利用料金表

下記の利用料金表により、要介護度に応じた介護福祉施設サービス費、加算単位、食費・居住費の合計金額をお支払い頂きます（長野市は1単位10.14円の計算となります）。

☆全員に算定 ★必要に応じて算定

サ ー ビ ス 内 容		単 位	備 考
介 護 福 祉 施 設 サ ー ビ ス 費	要介護1	589単位／日	
	要介護2	659単位／日	
	要介護3	732単位／日	
	要介護4	802単位／日	
	要介護5	871単位／日	
加 算 単 位	日常生活継続支援加算（Ⅰ）	36単位／日	<p>①新規入所者のうち、要介護4・5の割合が70%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上でありかつ、</p> <p>②介護福祉士を利用者の数が6又はその端数を増す毎に1名以上配置している場合</p>
	（Ⅰ）ロ	4単位／日	常勤の看護職員を1名以上配置している場合
	☆看護体制加算 （Ⅱ）ロ	8単位／日	<p>①看護職員を常勤換算方法で利用者数が25又はその端数を増すごとに1名以上配置し</p> <p>②最低基準を1人以上上回って看護職員を配置し</p> <p>③当該施設の看護職員により、又は病院・診療所・訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している場合</p>

加 算 単 位	☆	夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ	13単位／日	夜勤を行う介護職員・看護職員の数が、最低基準を1人以上、上回っている場合
	☆	個別機能訓練加算	(Ⅰ) 12単位／日	機能訓練指導員を配置し、個別の機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を行った場合
		(Ⅱ)	20単位／月	(Ⅰ)を算定し、計画書などの情報を厚生労働省に提出し、必要な情報などを活用している場合
	★	生活機能向上連携加算	(Ⅰ) 100単位／月	理学療法士等と共同しプラン作成した場合
		(Ⅱ)	200単位／月	理学療法士等が訪問、共同プラン作成した場合
		認知症専門ケア加算	(Ⅰ) 3単位／日	認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を置き、認知症ケアを実施している場合 入所者の総数の1/2を認知症の者が占める場合 認知症ケアに関する専門性の高い看護師を配置 認知症ケアに関する会議を定期的開催の場合
		(Ⅱ)	4単位／日	加算（Ⅰ）の基準をいずれも適合する場合 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を置き、認知症指導を行っている場合 介護職員、看護職員ごとの研修計画・実施を行っている場合
	★	若年性認知症利用者受入加算	120単位／日	若年性認知症患者を受け入れ、本人や家族の希望を踏まえた介護サービスを提供した場合
		認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位／日	認知症の行動・心理症状が認められた利用者について緊急的にサービスを行った場合
	☆	ADL維持等加算（Ⅰ）	60単位／月	①Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、厚生労働省に提出した場合 ②評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が1以上であること。
	☆	排せつ支援加算	(Ⅰ) 10単位／月	看護師が中心となり計画書を作成し、支援実施しており厚生労働省に提出。3か月に1回の見直しを行っている場合
		(Ⅱ)	15単位／月	加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている場合 入所時と比較して排尿か排便どちらかの改善があった、かつおむつ使用ありから使用なしに改善
		(Ⅲ)	20単位／月	加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている場合 入所時と比較して排尿か排便どちらも改善があった、かつおむつ使用ありから使用なしに改善
		障害者生活支援体制加算	(Ⅰ) 26単位／日	要件を満たす場合
		(Ⅱ)	41単位／日	要件を満たす場合
	☆	精神科医師 定期的療養指導加算	5単位／日	精神科医師による月2回以上の定期的な療養指導が行われた場合
		常勤医師配置加算	25単位／日	常勤医師を配置した場合

★	配置医師緊急時対応加算	3 2 5 単位／回	複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて24時間対応できる体制を確保している。配置医師の通常の勤務時間外に対応した場合。但し早朝・夜間及び深夜を除く	
		6 5 0 単位／ 回	上記の早朝・夜間の場合	
		1, 3 0 0 単位／月	上記の深夜の場合	
☆	褥瘡マネジメント加算	(Ⅰ) 3 単位／月	褥瘡計画の作成（3か月に1度見直し・作成） 計画書・評価結果を厚生労働省に提出	
		(Ⅱ) 1 3 単位／月	加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている場合 褥瘡の発生がないこと	
	栄養マネジメント強化加算	1 1 単位／日	①管理栄養士を中心に、低栄養状態の入所者に対して栄養ケア計画を作成し、食事の観察を週3回以上行い食事の調整などを行った場合 ②計画書などの情報を厚生労働省に提出し、必要な情報などを活用している場合	
★	経口移行加算（経管栄養の方）	2 8 単位／日		
★	経口維持加算	(Ⅰ) 4 0 0 単位／月	摂食障害、誤嚥を認める入所者に対して、歯科医師などの多職種が観察・介護し、経口維持計画を作成し、医師の指示の下で管理栄養士が管理栄養を行った場合	
		(Ⅱ) 1 0 0 単位／月	入所者の食事の観察・会議に医師・歯科医師などいずれか1名が参加した場合に追加加算	
☆	口腔衛生管理加算	(Ⅰ) 9 0 単位／月	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月2回以上行い、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合	
		(Ⅱ) 1 1 0 単位／月	（Ⅰ）を算定し、計画書などの情報を厚生労働省に提出し、必要な情報などを活用している場合	
★	療養食加算	6 単位／回	医師の食事せんに基づき、療養食を提供した場合	
★	看取り介護 加算（Ⅱ）	(Ⅰ) 死亡日 45日前31日前	7 2 単位／日	医師が回復の見込みがないと診断した場合 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン等の内容に沿った取組を行った場合
		(Ⅱ) 死亡日 30日前4日前	1 4 4 単位／日	
		(Ⅲ) 死亡日前々日 前日	7 8 0 単位／日	施設サービス計画の作成し、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めた場合
		(Ⅳ) 死亡日	1, 5 8 0 単位／日	合
	再入所時栄養連携加算	2 0 0 単位／回	入院時等から再入所となって要件を満たす場合	
	科学的介護推進体制	(Ⅰ) 4 0 単位／月	利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など基本的な情報（Ⅱでは加えて疾病	
☆		(Ⅱ) 5 0 単位／月	の状況や服薬情報《介護老人福祉施設は提出を求めない》を、厚生労働省に提出していること。 必要に応じて上記の情報その他のサービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。	

加 算 単 位	★	自立支援促進加算	280単位／月	医師が利用者ごとに医学的評価を入所時に行い6ヶ月に1回見直し、計画策定に参加すること。他職種が共同し支援計画を策定、実施し、3ヶ月に1回見直しを行い、そのデータを厚生労働省に提出。
		(Ⅰ)	100単位／月	職員の負担軽減や施策を検討するための委員会開催や安全対策を講じたうえで、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、その効果を提出すること。
	☆	生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	10単位／月	
	☆	サービス提供体制強化加算 (※) (Ⅰ)	22単位／日	介護福祉士を80%以上配置している場合
		(Ⅱ)	18単位／日	介護福祉士を60%以上配置している場合
		(Ⅲ)	6単位／日	介護福祉士を50%以上配置している場合
	☆	入院・外泊時介護報酬額 (月6日限度)	246単位／日	自宅への外泊、入院等をされた場合 (この時、介護福祉施設サービス費と加算料金は徴収されません)
		外泊時在宅サービス利用費用加算	560単位／日	要件を満たす場合
	☆	初期加算 (30日限度)	30単位／日	入所日から30日以内の期間 (30日以上入院後の再入所も同様)
	★	退所前訪問相談援助加算	460単位／回	退所に先立ち、居宅を訪問し退所後について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30日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合
	★	退所時相談援助加算 (利用者1人1回限度)	400単位／回	要件を満たす場合
	★	退所前連携加算	500単位／回	要件を満たす場合
		在宅復帰支援機能加算	10単位／日	基準に適合する場合
		在宅・入所相互利用加算	40単位／日	要件を満たす場合
	☆	安全対策体制加算	20単位／回	外部研修を受けた担当者が配置され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。入所時に1回を算定。
	☆	介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数に14%乗じた数	厚生労働大臣の定める基準に従い、介護職員の賃金改善を行った場合

介護報酬改定等によるご負担額の変更については、厚生労働省告示後速やかにご通知します。また、サービスの向上により加算料金に変更となる場合もありますので、ご理解をお願いします。初回の各加算に対する計画書の同意は、各計画書ごとでお願いします。以降においては、各計画書及び同意書を送付しますが、同意書にご署名いただき返送をお願いします。

○食費（食材料費・調理費）と居住費（光熱水費）は自己負担となりますが、介護保険負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載された額に基づいてご請求します。（下表参照）

利用者負担段階	食 費	居住費
第1段階（生活保護、老齢福祉年金等を受給されている方）	300円	0円
第2段階（世帯全員が住民税非課税世帯で前年の合計所得金額と課税年金収入額合計が80万円以下の方）	390円	430円
第3段階①（世帯全員が住民税非課税世帯で所得金額が年額80万円超120万円以下の方）	650円	
第3段階②（世帯全員が住民税非課税世帯で所得金額が年額120万円超の方）	1,360円	
第4段階（上記に該当しない方）	1,445円	915円

その他の料金について

- ① 注文食 : 時価の代金となります。
- ② 日常費用支払代行 : 医療費、薬代、理美容費、日常生活品等の支払い代行は無料です。
- ③ 嗜好品（水分） : 1日100円
- ④ ファイバー代 : 実費
- ⑤ 電気代 : 1日10円（居室にてTVを使用された場合）
- ⑥ その他 : 特別に行った行事・クラブの費用は別途いただきます。
理美容費は別途実費がかかります。（訪問理髪店来所）
個人的に希望される嗜好品等については実費を頂きます。

10. 支払い方法について

利用料金は1ヶ月ごとに計算し毎月10日に請求書を身元引受人へ発送いたします。毎月25日（土日の場合は次の日）にご利用者個人通帳から引き落としをいたします。それまでに利用者個人通帳にお振込み下さい。領収書は再発行できません。（1か月に満たない期間の利用料金は、利用日数に応じて計算した金額といたします。）

11. 施設利用に当たっての留意点について

- ① 面会 毎日9:00～17:00までの間をお願いします。
来訪者は面会カードのご記入をお願いします。感染予防のため手洗い・うがいをお願いします。また風邪をひかれている方の面会はお遠慮ください。飲食物の持ち込みは、利用者の栄養並びに健康・衛生管理上お遠慮ください。
※感染症等が発生した際は面会を窓越し・オンライン面会へ変更制限することがあります。
- ② 外出・外泊 前日までにお申し出下さい。状況に応じてお遠慮いただくことがあります。
- ③ 受診 嘱託医の専門以外の診療科へ受診の必要が生じた場合は、看護職員から連絡し、基本的には職員が付添受診となりますが、場合によっては家族の方も病院へ来院をお願いします。また、受診付添いについて依頼することがありますので、ご協力をお願いします。

1 2. 実習生受け入れについて

当施設は実習協力機関のため介護福祉士等の実習生を受け入れ機関となっております。実習の際に個人情報扱う際や個別ケアの際には、身元引受人様の同意（許可）を得ます。

1 3. 非常災害対策について

(1) 災害時の対応	「真島の里防災計画」に沿って対応します。
(2) 防災設備	屋外消火栓、消火器、非常消防設備、防火扉、非常灯、火災熱感知機、照明付自家発電機、火災煙感知器等を設置しています。
(3) 防災訓練	年2回実施します。 ○ 夜間避難訓練・総合防災避難訓練 ○ 防災避難訓練（職員消火訓練、非常通報訓練）
(4) 防火責任者	防火管理者 山田 清子

1 4. 第三者評価について

第三者評価の実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

1 5. サービスに関する苦情・相談について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① 提供した当施設のサービスに係る利用者及びその家族からの苦情及び相談を受け付けるための窓口を設置しています。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
ご意見箱を1階受付窓口に設置してありますので、忌憚の無い 意見をお寄せ下さい。

- ③ 社会福祉法人長野南福祉会における苦情解決に関する規定に基づき、寄せられた苦情に対する対応マニュアルを遵守します。

(2) 当施設のサービスに関する相談・苦情・要望等の窓口

【事業所の窓口】	所在地 長野市真島町真島563-2
(窓口) 苦情受付担当者：関 佳重	電話番号 026-285-5571
苦情解決責任者：山田 清子	受付時間 9:00～17:00

(3) 当施設以外の相談窓口

【市町村（保険者）窓口】	所在地 長野市大字鶴賀緑町1613番地
長野市保健福祉部介護保険課	電話番号 026-224-7871（直通）
サービス担当	受付時間 9:00～17:00
【公的団体の窓口】	所在地 長野市西長野町143-8
長野県国民健康保険団体連合会	長野県自治団体
	電話番号 026-238-1580
	受付時間 9:00～17:00
長野県福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 0120-28-7190
	受付時間 9:00～17:00

16. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ② 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- ③ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

17. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	生活相談員 関 佳重
-------------	------------

- ② 苦情解決体制を整備しています。
- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

18. 事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合、その場の職員は、直ちに応急処置又はその手配、拡大防止の措置を行います。また、身元引受人等の方に速やかに連絡するとともに、必要に応じて医療機関への受診を行います。
- (2) 直ちに管理者(管理者が何らかの理由により不在の場合は、予め定められた順位の者)に報告し、管理者は安全対策担当者及び所要の職員に事故内容を伝達すると共に対応を指示します。
- (3) 届出の必要な事故等については、直ちに利用者の担当市町村へ事故発生、経過、対応について報告します。
- (4) 事故対応終了後、安全対策担当者は当該事故の評価分析を行ったうえで、防止策に努めます。
- (5) 当施設の「事故対応マニュアル」に沿って適切に対応します。

19. 緊急時の対応について

利用者の容体に変化があった場合には、嘱託医（協力病院）に連絡する等必要な処置を講じるほか、下記の通り予めお届け頂いた緊急連絡先に速やかに連絡します。

				利用者氏名				様							
第1 連絡先（第一対応者）															
〒															
住 所															
氏 名						続 柄									
携帯電話				—		—		自 宅 電 話				—		—	
勤務先電話				—		—		勤務先名							
第2 連絡先（第二対応者）															
〒															
住 所															
氏 名						続 柄									
携帯電話				—		—		自 宅 電 話				—		—	
勤務先電話				—		—		勤務先名							

介護老人福祉施設（入所）の利用にあたり、利用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。

令和 年 月 日

<事業者>

所 在 地 〒380－0921

長野市大字栗田字舎利田732番地1

事業者名 社会福祉法人 長野南福社会

理 事 長 倉 石 和 明

説 明 者 職 名 生活相談員

氏 名 関 佳重

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、その内容について了承しました。

<利用者>

氏 名 印

〈署名代行者〉

氏 名 印

（続柄 ）