

ふれあいの里グランハイム旭ヶ丘・重要事項説明書

(介護予防特定施設入居者生活介護サービス及び特定施設入居者生活介護サービス)

あなたに対する居宅サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業主体概要

事業者の名称	S & Nふれあいケアサービス 株式会社
事業者の所在地	北海道札幌市白石区平和通１５丁目北２番１２号
電話番号	０１１－５９８－１６０３
代表者名	代表取締役 平井 麻梨英
設立年月日	平成２９年１１月１０日
他の主な事業	認知症対応型共同生活介護事業

2 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援・要介護状態にある方に対し、適正な介護予防指定特定施設入居者生活介護及び指定特定入居者生活介護（以下「指定特定入居者生活介護等」という）を提供することを目的とする。
運営の方針	指定特定入居者生活介護等の従業者は、介護予防特定施設サービス計画及び特定施設サービス計画に基づき、利用者が当該施設においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の支援、機能訓練を行う。

3 施設概要

施設の名称	介護付き有料老人ホーム ふれあいの里グランハイム旭ヶ丘
施設の所在地	札幌市中央区南１１条西２３丁目３番１号
施設長名	瀬川 望
電話番号	０１１－５２０－８３８３
FAX番号	０１１－５２０－６６２２
介護保険の指定居宅サービスの種類	介護予防特定施設入居者生活介護 特定施設入居者生活介護

指定年月日	平成18年4月7日(特定施設入居者生活介護) 平成19年9月28日(介護予防特定施設入居者生活介護)		
事業所番号	0170101463		
敷地	面積 2,608.61㎡		
建物 構造	鉄筋コンクリート造 地上5階建(耐火建築物)		
延べ床面積	2,537.090㎡		
利用定員	30名		
設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食 堂	1室(1階)	93.90㎡	3.13㎡
機能訓練室	1室(4階)	36.27㎡	
健康管理室	1室(2階)	18.95㎡	
浴 室	各室(2～5階)	1.92㎡	
	1室(4階)	26.70㎡	
便 所	各室(2～5階)	1.44㎡	
介護居室(全個室)	30室(2～5階)	37.00㎡	

4 職員体制(主たる職員)

従業者の職種	員数	区分				常勤換算 後の人員	事業者の 指定基準	保有資格
		常勤		非常勤				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務			
施設長	1	1				1.0	1	介護福祉士
生活相談員	1	1				1.0	1以上	実務者研修
介護職員	11	7		4		10.8	10以上	介護福祉士、実務者 研修、初任者研修、 ヘルパー２級・１級
看護職員	1	1						準看護師
機能訓練指導員	1	1				1.0	1以上	準看護師
計画作成担当者	1	1				1	1以上	介護支援専門員
事務職								
栄養士								
調理員								

5 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	備考
管理者	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務	
生活相談員	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務	
介護職員	日勤（ ９：００～１８：００） 早番（ ７：００～１６：００） 遅番（１０：００～１９：００） 夜勤（１６：３０～１０：００）	
看護職員	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務	
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務	
計画作成担当者	正規の勤務時間帯（９：００～１８：００）常勤で勤務	

6 営業日

営業日	年中無休
-----	------

7 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「消防計画」にのっとり対応を行います。			
平常時の訓練等	年に２回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	２箇所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	あり	漏電火災報知機	あり
	ガス漏れ報知機	あり	非常用電源	あり
消防署への届出	消防署への届出日：平成１８年３月２９日			

8 利用料

8-1 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
食事の介助	・栄養と入居者の身体状況に配慮したバランスの良い食事を提供します。食材料費は給付対象外です。 ・食事はできるだけ離床して食堂でとっていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕食 1 7 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	介護報酬の告示上の額(ただし、法定代理受領の場合はサービス基準額の1割、2割、3割相当です) 次葉参照。
排泄の介助	・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な支援を行います。 ・おむつ代は給付対象外です。	
入浴の介助	・週2回以上の入浴または清拭を行います ・寝たきり等で座位のとれない方も職員が対応します。	
着替え等の介助	・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て、朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう支援します。	
機能訓練	・機能訓練指導員による入居者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。	
相談および援助	・入居者およびご家族から、入居者の生活相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な支援を行うよう努めます。 ・相談窓口：生活相談員、介護支援専門員	
レクリエーション行事	・行事、レクリエーション計画に基づいて教養、娯楽、レクリエーション活動を企画します。	材料費分の実費負担がある場合には、事前にお知らせし、確認いたします。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞（契約書第12条参照）

下記の料金表によって、ご契約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。（下記サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）※2割負担の方は表記の金額の2倍になります。3割負担の方は表記の金額の3倍になります。

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	1,855円	3,173円	5,495円	6,175円	6,885円	7,544円	8,243円
2. うち、介護保険から給付される金額	1,669円	2,855円	4,945円	5,557円	6,196円	6,789円	7,418円
3. サービス利用に係る自己負担額	186円	318円	550円	618円	689円	755円	825円

加 算（規定の人員配置、体制を満たしサービスを行なった場合により加算されます）。
※2割負担の方は表記の金額の2倍になります。3割負担の方は表記の金額の3倍になります。

個別機能訓練加算（Ⅰ） （1日につき）	サービス料金 121円	介護保険給付額 108円	自己負担額 13円
個別機能訓練加算（Ⅱ） （1か月につき）	サービス料金 202円	介護保険給付額 181円	自己負担額 21円
夜間看護体制加算（Ⅱ） （1日につき）※1	サービス料金 91円	介護保険給付額 81円	自己負担額 10円
介護職員等処遇改善加算 （Ⅰロ）（1か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善 として、介護報酬に 15.9%を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料金の 9割	自己負担額 左記サービス料 金の1割
介護職員等処遇改善加算 （Ⅱロ）（1か月につき）	サービス料金 介護職員等の処遇改善 として、介護報酬に 15.3%を乗じた額。	介護保険給付額 左記サービス料金の 9割	自己負担額 左記サービス料 金の1割
サービス提供体制加算 （Ⅰ）（1日につき）	サービス料金 223円	介護保険給付額 200円	自己負担額 23円
サービス提供体制加算 （Ⅱ）（1日につき）	サービス料金 182円	介護保険給付額 163円	自己負担額 19円

サービス提供体制加算 (Ⅲ) (1日につき)	サービス料金 60円	介護保険給付額 54円	自己負担額 6円
認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき)	サービス料金 30円	介護保険給付額 27円	自己負担額 3円
認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき)	サービス料金 40円	介護保険給付額 36円	自己負担額 4円
若年性認知症 入居者受入加算 (1日につき)	サービス料金 1,216円	介護保険給付額 1,094円	自己負担額 122円
口腔・栄養スクリーニング加算 (1回につき・6月に1回を 限度)	サービス料金 202円	介護保険給付額 181円	自己負担額 21円
科学的介護推進体制加算 (1か月につき)	サービス料金 405円	介護保険給付額 364円	自己負担額 41円
ADL維持加算(Ⅰ) (1か月につき)	サービス料金 304円	介護保険給付額 273円	自己負担額 31円
ADL維持加算(Ⅱ) (1か月につき)	サービス料金 608円	介護保険給付額 547円	自己負担額 61円
生活機能向上連携加算(Ⅰ) (1か月につき・3月に1回を 限度)	サービス料金 1,014円	介護保険給付額 912円	自己負担額 102円
生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (1か月につき)	サービス料金 2,028円	介護保険給付額 1,825円	自己負担額 203円
生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) (1か月につき)	サービス料金 101円	介護保険給付額 90円	自己負担額 11円
協力医療機関連携加算(1) (1か月につき)	サービス料金 1,014円	介護保険給付額 912円	自己負担額 102円
協力医療機関連携加算(2) (1か月につき)	サービス料金 405円	介護保険給付額 364円	自己負担額 41円
退居時情報提供加算 (1回につき)	サービス料金 2,535円	介護保険給付額 2,281円	自己負担額 254円
退院・退所時連携加算 (1日につき)	サービス料金304円 (入居・再入居から30 日以内に限る)	介護保険給付額 273円	自己負担額 31円
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ) (1か月につき)	サービス料金 50円	介護保険給付額 45円	自己負担額 5円
新興感染症等施設療養費 (1日につき)	サービス料金 2,433円	介護保険給付額 2,189円	自己負担額 244円

※1 介護予防特定施設入居者生活介護には、夜間看護体制加算はありません。
 ※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、ご契約者の負担額を変更します。

8-2 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
入居一時金	当ホーム維持管理のための費用	0 円
・敷 金	退去時における原状回復費用に充当し、その差額を返金致します	1 8 0 , 0 0 0 円 (家賃 2 か月相当額)
月額利用料 ・家 賃	居室の使用料	9 0 , 0 0 0 円 (非課税) ／ 1 か月
・管理費	共用施設等の維持管理費、事務・管理部門の人件費、生活サービス等に係る人件費	全タイプ：4 3 , 1 0 0 円 (非課税) ／ 1 か月 (5 月～9 月) 5 0 , 1 6 0 円 (非課税) ／ 1 か月 (10 月～4 月)
・食 費	食材費、調理費	・普通食 朝食：4 7 0 円 (税込) ／ 1 食 昼食：5 9 0 円 (税込) ／ 1 食 夕食：6 9 0 円 (税込) ／ 1 食
健康管理	・紺野整形外科往診医により診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には往診医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・入居者およびご家族から、入居者の健康相談について誠意をもって応じ、可能な限り必要な支援を行うよう努めます。 ・入居者が外部の医療機関に通院する場合は、その付き添いについてできるだけ配慮します。	※医療費は実費

居室清掃	ケアプラン以外又は正当な理由が無い場合の掃除曜日の変更について	1 回 500 円 ※別途消費税
寝具交換	ケアプラン以外の正当な理由が無い場合の交換について	1 回 500 円 ※別途消費税
洗濯	ケアプラン以外の正当な理由が無い場合の洗濯について	1 回 500 円 ※別途消費税
役所手続き代行	介護保険以外の代行可能な申請等に関わる際の費用	・札幌市内に限る 1 回 1000 円 ※別途消費税
入退院同行及び受診付き添い	協力医療機関	無料
	協力医療機外	1 時 間 以 内 1000 円 1 時間過ぎた場合 15 分毎に 250 円加算 ※別途消費税
生活援助	その他上記該当しない個別的な希望に対する支援	1 時 間 以 内 1000 円 1 時間過ぎた場合 15 分毎に 250 円加算 ※別途消費税
居室配下膳	体調不良等を除いて、個別的な希望に対する居室への配下膳	1 回 150 円 ※別途消費税

9 苦情等申立先

窓口担当者	生活相談員（ただし、時間帯や状況に応じ他の職員が窓口対応を行う場合もあります）
利用時間	午前9時00分～午後6時00分（ただし、状況に応じ当該時間帯以外も対応を行う場合があります）
利用方法	電話、面接等

10 協力医療機関

協力医療機関の名称	医療法人社団拓心会 紺野整形外科クリニック
所在地	札幌市豊平区豊平4条12丁目1番7号
電話番号	011-818-1511

診療科目	整形外科
協力医療機関の名称	医療法人社団郁栄会 札幌ピースデンタルクリニック
所在地	札幌市北区北17条西4丁目2番32号クレスト182階
電話番号	011-788-2494
診療科目	歯科

11 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者の面会時間は、原則午前8時～午後8時とさせていただきます。1階事務所に面会簿がございますので記載願います。来訪者が宿泊される場合には事前にご相談願います。
外出・外泊	外出・外泊の際は必ず行き先と帰宅時間を職員へ届け出願います。外出・外泊は、原則ご家族等で付き添い願います。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用願います。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただく場合があります。
欠食	欠食は、朝食は前日午後5時30分まで、昼食と夕食は当日朝8時30分までにお知らせ願います。
喫煙・飲酒	喫煙、飲酒は決められた場所以外ではお断り願います。ただし、健康を損ねる危険性のある場合、状況に応じて摂取量を控えていただく場合があります。
迷惑行為等	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入居者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	自己管理願います。
現金等の管理	現金等は原則利用者ご本人またはご家族に管理して頂きますが、5,000円を超える多額の現金等の持ち込みはご遠慮願います。施設における紛失・盗難・その他金銭トラブルについては、当施設は一切の責任を負いかねます。 なお、自己管理が困難な方もしくは特別な事情がある方の通院・日用品費等の為の少額の金銭については、施設として一時立替をさせて頂き、当月の請求書に詳細を明記し、利用料と併せてお支払い頂きます。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入居者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮願います。

ペットの飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はご遠慮願います。
NHKとのお手続き	居室にTVを設置する際は、ご自身でNHKとの放送受信契約の手続きが必要です。 【お問合せ先】 NHKふれあいセンター（ナビダイヤル） 0570-077-077

※上記の記載内容は令和5年1月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和5年8月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和6年1月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和6年4月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和6年6月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和8年6月1日より改定し運用する

※上記の記載内容は令和8年9月1日より改定し運用する

私は、本書面に基づいて事業所職員（職名_____氏名_____）
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

_____年____月____日

ご利用者様 住所_____

氏名_____ 印_____

ご利用者のご家族等 住所_____

氏名_____ 印_____

続柄_____

注) 施設利用契約における施設使用の際の留意事項を含む。