

介護老人福祉施設カントリービラ青梅重要事項説明書

(2025年4月01日現在)

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

～御不明な点については何でもお尋ね下さい。～

電話 0428(23)6233 (月～金曜日の午前9時～午後5時まで)

担当 生活相談員：福田亜貴

2. 特別養護老人ホームカントリービラ青梅の概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	カントリービラ青梅
所在地	東京都青梅市長淵1丁目930番地3
指定	東京都
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 1372800209

(2) 同施設の職員体制

(単位：名)

	資格	常勤	非常勤	業務内容	常勤換算
管理者		1 (1)	0		1
医師			2 (2)	内科・精神科	0
生活相談員	介護福祉士	1 (0)	0		1
管理栄養士		1 (0)	0		1
機能訓練指導員		1 (1)	1		1
介護支援専門員	介護福祉士	1 (0)	0		1
事務職員		5 (1)	0		4.4
介護 看護 職員	看護師	4 (1)	1		4.8
	准看護師	1	0		1
	介護福祉士	14 (10)	6 (0)		17.5
	介護職員実務者研修	2 (2)	1		2.7
	介護職員初任者研修	0	0		0
	その他	10 (4)	10 (2)		15.0

() 内は男性再掲

(3) 同施設の設備の概要

定員	100名		静養室	1室 2床
居室	2人部屋	4室 (1室19.5㎡)	医務室	1室
	4人部屋	23室 (1室38.9㎡)	食堂	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		機能訓練室	1室
			談話室	3室
			看取り室	1室

3. サービス内容

当施設で提供させていただく介護サービスには介護保険の介護給付費に該当する部分と自費負担でご利用頂く部分がございます。自費負担でご利用いただく部分については別紙に掲示させて頂いておりますので御確認下さい。

①施設サービス計画の立案

介護保険を利用するための介護計画を立案します。身体及び精神状態を客観的に把握し、課題分析を行い、お客様のご希望及び必要と判断される介護作業を計画化します。立案過程には介護支援専門員を中心に各職種が参加しますが、決定はお客様が行います。

②食事

3食とも離床しての提供が基本となります。糖尿食をはじめ、その方の状態に応じた食事内容をお出し致します。

③入浴

一般浴（介助浴を含む）、機械浴ともに週2回のご利用となります。体調により入浴できないときは清拭等で代行致します。

④介護

介護計画に立案された介護作業を、介護職員及び看護師等が行います。お客様毎に担当の介護職員を配置します。

⑤機能訓練

お客様の状態に応じて策定された訓練内容を理学療法士、作業療法士、訓練指導員等が機能訓練室を中心に実施いたします。

⑥生活相談

日常生活全般について、生活相談員及び介護支援専門員が伺います。

⑦健康管理

当施設では年1回健康診断を行います。施設内診察は定期的に行いますが、その他必要に応じて医務室より医療機関へ連絡を取り、必要な対応を致します。また協力医療機関以外への専門外来診療については、別表の送迎、付添い、代行等サービスの対象となります。

⑧通常メニュー以外のお食事の提供

ご希望に応じて施設外の業者を利用することも出来ます。ご利用の際は事前にお申し出下さい。なお、ご利用の際にはご注文に品物の料金を業者にお支払いください。

⑨理美容サービス

月1回、施設内にて出張理容サービスが行われます。御希望の方はお申し出ください。

⑩行政手続き代行

各種申請手続き代行をご利用ください。

⑪預り金管理・支払い代行

預り金担当がお客様個々の預かり金口座の出納、支払い代行等を行います。

⑫所持品保管

居室内の所定のスペース範囲内での収納をお願い致します。なお、多額の金銭や貴重品の管理について責任を負いかねますのでご承知おきください。

⑬レクリエーション

月例行事、クラブ活動を実施致しております。年度事業計画をご参照ください。

4. 施設利用料

(1) 基本料金

①施設利用料

(1単位：10,68円)

	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
単位	589	659	732	802	871

※介護報酬の改定に伴い、令和3年4/1から上記の単位数になります。

②食費 食材料費および調理費用の基準費用額です。 日額 1,445円

③居住費 日額 915円

※入院、外泊時については上記「外泊時費用」と同じく、ベッドが確保されている場合月6日間を上限に費用が発生いたします。

④預かり金管理・支払い代行料 日額 150円

(2) 加算・費用等

介護保険法により、介護老人福祉施設では契約書別表の加算一覧表にあります加算が設けられており、各要件に該当する場合に算定されます。加算項目は下表通りです。

【加算項目一覧】

(1単位：10,68円)

	項目	単位数	算定単位
1	日常生活継続支援加算	36	1日につき
2	看護体制加算Ⅰロ	4	1日につき
3	看護体制加算Ⅱロ	8	1日につき
4	夜勤職員配置加算Ⅲロ	16	1日につき
5	個別機能訓練加算Ⅰ	12	1日につき
6	個別機能訓練加算Ⅱ	20	1月につき
7	若年性認知症受入加算	120	1日につき
8	精神科医療養指導加算	5	1日につき
9	身体拘束廃止未実施減算	-10%	1日につき
10	外泊時費用（月6日限度）	246	1日につき
11	初期加算（入所後30日限度）	30	1日につき
12	退所前後訪問相談援助加算	460	1回につき
13	退所時相談援助加算	400	1回限り
14	退所前連携加算	500	1回限り
15	栄養ケア・マネジメント未実施加算	-14	1日につき
16	経口維持加算Ⅰ	400	1月につき
17	経口維持加算Ⅱ	100	1月につき
18	口腔衛生管理加算Ⅰ	90	1月につき
19	口腔衛生管理加算Ⅱ	110	1月につき
20	療養食加算	6	1回につき
21	看取り介護加算(Ⅰ)①	72	1日につき
22	看取り介護加算(Ⅰ)②	144	1日につき
23	看取り介護加算(Ⅰ)③	680	1日につき
24	看取り介護加算(Ⅰ)④	1280	1日につき
25	在宅復帰支援機能加算	10	1日につき
26	認知症専門ケア加算Ⅰ	3	1日につき
27	認知症専門ケア加算Ⅱ	4	1日につき
28	福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅰ	22	1日につき
29	福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅱ	18	1日につき

30	福祉施設サービス提供体制強化加算Ⅲ	6	1日につき	
31	認知症行動・心理症状緊急対応加算（入所後7日限度）	200	1日につき	
32	排泄支援加算Ⅰ	10	1月につき	
33	排泄支援加算Ⅱ	15	1月につき	
34	排泄支援加算Ⅲ	20	1月につき	
35	排泄支援加算Ⅳ	100	1月につき	
36	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3	1月につき	
37	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13	1月につき	
38	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10	1月につき	
39	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50	1月につき	
40	自立支援促進加算	300	1月につき	
41	A D L維持等加算Ⅰ	30	1月につき	
42	A D L維持等加算Ⅱ	60	1月につき	
43	安全管理体制未実施減算	－5	1日につき	
44	安全対策体制加算	20	1回限り	
45	再入所時栄養連携加算	200	1回につき	
46	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定の単位数の140/1000を加算		1月につき
47	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定の単位数の136/1000を加算		1月につき
48	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定の単位数の113/1000を加算		1月につき
49	介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定の単位数の90/1000を加算		1月につき

※上記のうち、該当する項目が加算対象となります。

（３）その他料金

- ① 自費により利用頂きますサービスについては別表1をご参照ください。
- ② 上記①のほか、医療に関する費用、理髪、菓子・果物の購入、クリーニングなど、外部のサービスを利用した場合は費用をお支払い頂きます。

（４）利用料等の減免について

お客様の経済状況により下記の減額措置を受けることが出来ます。

①補足的給付制度

居住費および食費については厚生労働大臣による基準費用額が定められておりますが、介護保険料徴収段階1～3段階の方に対しては過重負担を回避するための補足的給付が行なわれます。これは介護保険料徴収段階ごとに定められた負担限度額と基準費用額との差額を補足するもので、金額は下表の通りです。なお、補足的給付の受給には保険者の交付する「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要となります。

（居住費）

（日額：円）

介護保険料徴収段階	基準費用額	負担限度額	補足的給付額
第1段階	915	0	915
第2段階		430	485
第3段階		430	485

(食 費)

(日額：円)

介護保険料徴収段階	基準費用額	負担限度額	補足的給付額
第1段階	1, 4 4 5	3 0 0	1, 1 4 5
第2段階		3 9 0	1, 0 5 5
第3段階①		6 5 0	7 9 5
第3段階②		1, 3 6 0	8 5

②高額介護サービス費

月々に利用した介護サービスの自己負担分（介護給付費の1割）について、所得に応じて設けられた上限額と、本来負担すべき額との差額を給付する制度です。但し償還払いとなりますので、本来負担すべき額を一旦支払った後に申請して受給することになります。

上限額は下表の通りです。(月額：円)

介護保険料徴収段階	上 限 額
第1段階	1 5, 0 0 0
第2段階	1 5, 0 0 0
第3段階	2 4, 6 0 0
第4段階	4 4, 4 0 0
課税所得 380 万円（年収 770 万円）～課税所得 690 万円（年収 1,160 万円）未満	9 3, 0 0 0
課税所得 690 万円（年収 1,160 万円）以上	1 4 0, 1 0 0

(5) 支払方法

毎月15日頃に前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払いください。お支払い頂きますと、領収書を発行いたします。お支払方法は、現金集金、口座自動引き落としの2通りの方法がございます。

5.入退所の手続き

(1) 入所手続き

当施設ではご利用申し込みからご利用開始までの手順を「青梅市における介護老人福祉施設入所ガイドライン」に基づいて行なっております。

①介護老人福祉施設入所申込書

②介護老人福祉施設入所申し込みに伴う意見書

③介護保険被保険者証の写し

以上3通のご提出をもって入所申し込みとし、入所受け入れ判定委員会で前出ガイドラインに基づき受け入れ順位を定め、順位に至まで待機をお願い致します。ご入所に到り、入所契約等を締結後、サービスの提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

①お客様のご都合で退所される場合

退所を希望する日の14日前までにお申し込みください。

②自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付サービスで受けていたお客様の介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合。
- ・要介護1、要介護2と認定され、かつ特例入所対象にならない場合。

※この場合、所定の期間の経過を持って退所していただくことになります

- ・お客様がお亡くなりの場合。

③その他

- ・お客様が、正当な理由も無くサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またお客様やご家族などが当施設や当施設の従業員に対して、本契約を継続しがたいほどの背任行為を行った場合は、退所手続きを行ないます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。
- ・お客様が病院または診療所に入院し、明かに3ヶ月以内に退院できる見込みが無い場合または入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただく場合がございます。なお、この場合、退院後に再度入所を希望される場合はお申し出下さい。
- ・やむを得ない事情により当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所して頂く場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

6. 当施設のサービスの特徴等

(1) 経営方針

- ①「お客様の心に寄り添う介護」の実践をモットーに、人生の結実の時期を誇りと安らぎをもってお過ごし頂くため、傍らで見守り、耳を傾け、出来るだけお客様の心情に近いところから手を差し伸べる事が出来るよう努めます。
- ②介護サービス計画作成にあたって、お客様自身が暮らしの主人公として、ご自身に関わる事を出来る限りご自身で選択判断出来ますよう、情報開示、情報提供に努めます。
- ③お客様満足度を日々高めることが出来るよう、職員の研鑽を進めるとともに、もてる知識、技術、チームワークを尽くします。
- ④お客様から寄せられた苦情等には誠意を持ってお応えし、また施設サービスの向上に生かしてまいります。
- ⑤その方の施設生活から在宅生活までを視野に入れた総合サービスの構築を目指します。
- ⑥社会福祉法人としての使命を果たし、またお客様からの信頼を頂くために、健全・安全かつ透明性のある経営に努めます。

(2) サービスご利用のために

①職員の適正配置

介護職員・看護職員をお客様3人に対し1人という基準を遵守し、適切かつ質の高いサービス提供に努めます。

②サービスマニュアルの作成・更新

施設での各業務並びに職員の接遇の基本を示すサービスマニュアルを作成し、適宜更新することで、施設サービスの水準を保ち、高めます。

③職員研修

毎月全職員を対象とした研修を行い、また必要に応じて課題別研修を行います。

④身体的拘束

ご利用契約に基づき、著しい自傷他害行為がある等、緊急やむをえない場合を除き、身体的拘束は行わないよう努めます。

⑤葬祭について

お客様の葬祭が必要となった場合で、お困りの際にはご相談下さい。

⑥男性職員について

介護・看護職員に男性職員も配置しております。不都合な場合はお申し出下さい。

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会 時間の指定はございませんが、午前9時～午後5時以外の時間帯にはお電話でお知らせ下さい。また、食中毒の防止のため食物管理にご協力下さい。
- ・外出・外泊
外出・外泊時には所定の書式をご記入下さい。なお、外泊については準備がございますので数日前までにお知らせ下さい。
- ・入院 医療機関による入院加療が必要となった場合は医療機関への入院措置をとって頂きます。なお、入院期間については介護保険からの給付は受けられませんので、その間に施設から行なわれる作業につきましては別表の自費負担によるサービスとなります。また、外泊時費用の期間が終了後は他の方に当該ベッドを利用していただくことをご了承下さい。
- ・飲酒・喫煙
飲酒・喫煙は当施設配置医師の承認のもと、健康管理及び他のお客様のご迷惑にならない範囲でお願いします。また飲酒に伴う諸事象については自己責任となります。喫煙は指定屋外喫煙場所（屋上）以外では禁止となっています。
- ・設備・器具の使用
介護上必要となる設備、器具についてはお客様個人の私物並びに施設備品どちらも使用できます。なお、テレビ等個人で継続的に使用される機器に関する電気料等は別途ご負担いただきます。
- ・金銭・貴重品の管理
お客様のご都合により、金銭等の保管管理を行います。また預入れ、払戻し、振込み等の代行を承っております。
- ・所持品の持ち込み
所持品には記名をお願いいたします。なお、分量はベッド備え付けの収納スペースに収まる範囲でお願いいたします。
- ・施設外での受診
施設での診察以外に必要となる専門外来受診については契約協力医療機関等で行い、施設職員が通院介助を行います。
契約協力医療機関
日の出が丘病院 東京都西多摩郡日の出町大久野310
その他の医療機関（例）
高木病院 東京都青梅市新町3丁目49番地1号
青梅順心眼科クリニック 東京都青梅市新町9丁目4番地4
あおぞら歯科クリニックあきがわ 東京都あきる野市下代継112番地5
他
※契約協力医療機関以外の市外医療機関へのご家族様等からのご希望による外来受診等につきましては、別紙の「送迎、付添い、代行援助サービス」の対象となります。又、外来通院に際してお客様の状態によってはご家族様の速やかな付き添い等の対応が必要となります。また医師の紹介によらず、ご家族様のご希望による受診につきましては医療機関を問わずご家族様による送迎・付き添いとなりますのでご承知おきください。
- ・宗教活動
お客様ご本人の信仰は尊重させていただきますが、他のお客様の生活の妨げとならないようご配慮下さい。また布教活動を行うことはご遠慮願います。

7. 緊急時の対応方法

お客様に様態の変化等がありました場合、医師に連絡をとる等必要な処置を講じる他ご家族等の方に速やかに連絡いたします。

(緊急連絡先)

氏名	住所	電話番号	続柄
		自宅 携帯	
		自宅 携帯	
		自宅 携帯	

8. 非常災害対策

1) 防災時の対応

火災、地震等の発生時には防災計画に従い、その状況下での自衛消防隊を組織し、初期消火及びお客様の避難誘導、安全確保に努めます。

2) 防災設備

火災発生時には職員による通報のほか、自動火災報知機から非常通報装置を経て消署へ通報されます。建物は耐火構造になっており、防火区画毎に防火扉および防火シャッターが設けられており、自動火災報知機と連動して作動します。消火器及び屋内消火栓を各階に複数設置しているほか、熱により作動するスプリンクラーが設置されており、初期消火を総合的にカバーしております。

3) 防災訓練

毎月1回、お客様にも参加していただき自衛防災訓練を実施しております。

4) 防火管理責任者

施設長：小嶋 直之

9. サービス内容に関する相談・苦情

1) 当施設のお客様からの相談・苦情担当

生活相談員：福田亜貴

2) 当施設以外の区市町村及び国保連にも相談・苦情の窓口が設置されています。

青梅市（施設所在地） 福祉部介護保険課 電話0428(22)1111
国民健康保険団体連合会 電話03(5326)0969

10. 当法人の概要

1) 名称・法人種別

社会福祉法人 長淵福祉会

2) 代表者職・氏名

理事長 小嶋 誠治

3) 本部所在地・電話番号

東京都青梅市長淵1丁目930番地3 (電話) 0428(23)6233

4) 定款の目的に定めた事業

①第1種社会福祉事業

介護老人福祉施設の設置経営

②第2種社会福祉事業

居宅介護支援事業所の設置経営

短期入所生活介護(空床型)の設置経営

③その他これに付随する事業

5) 施設・拠点等

- | | |
|-------------------|------|
| ① 介護老人福祉施設 | 2 箇所 |
| ② 居宅介護支援事業所 | 1 箇所 |
| ③ 短期入所生活介護（空床型） | 2 箇所 |
| ④ 予防短期入所生活介護（空床型） | 2 箇所 |

介護老人福祉施設入所にあたり、お客様に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明致しました。

年 月 日

事業者

東京都青梅市長淵1丁目930番地3

カントリービラ青梅

説明者 職名

氏名

印

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ました。

お客様（入所者）

住所

氏名

印

契約者

住所

氏名

印

代理人

住所

氏名

印

(別紙)

当施設の提供するサービスのうち、下記については記載されております費用をご負担頂いた上でのご利用となります。

1. 通入院送迎等

お客様またはご家族様から病院指定をされて、通入院送迎を行うとき。(市外)

① 駐車場料金、有料道路料金等の実費

② 走行実費(市外の場合)

(走行実費＝走行距離÷8×ガソリン1ℓ当りの単価)

2. クラブ活動、月例行事参加費

各年度事業計画による

3. 電気器具使用量(お持込のテレビ、電気あんか等の電気料金相当)

1日あたり20円