

重要事項説明書

(入所)

社会福祉法人 桜水会
特別養護老人ホーム滝田

社会福祉法人 桜水会 特別養護老人ホーム 滝田
重要事項説明書

1. 事業者（法人の概要）

名称・法人種別	社会福祉法人 桜水会
設立年月日	平成29年6月1日
代表者氏名	小松崎 栄司
所在地	茨城県土浦市滝田一丁目10-2
連絡先	029-875-5771

2. 事業所（ご利用施設）

施設の名称	特別養護老人ホーム 滝田
設立年月日	平成31年1月17日
管理者氏名	後藤 一美
所在地	茨城県土浦市滝田一丁目10-2
連絡先	029-875-5771
事業所番号	0870302874

3. 施設の入所条件及び運営方針

入居条件	介護の必要性の高い要介護3以上に限定されます。また、要介護1・2の方でも認知症が重度の場合や、家族による虐待がある場合、やむを得ない状況の場合は、協議して入所できる場合があります。
運営方針	多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるように創意工夫することにより、利用者が、個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援します。

4. 施設の概要

建物の構造	木造合金メッキ鋼板ぶき平家建
延床面積	3,874.62㎡
利用定員	70名
居室計（19室）	4人部屋（16室）2人部屋（3室）
主な設備	食堂・浴室・機能訓練室・医務室・静養室・相談室 等

5. 施設の職員体制

従事者の職種	指定基準	職務の内容
施設長	1人	施設全体の管理監督
医師	非常勤	健康管理及び療養上の指導
介護支援専門員	1人	施設サービス計画の作成
生活相談員	1人	日常生活上の相談、生活支援
介護職員	27人以上	日常生活上の介護、健康保持のための相談・助言
看護職員	3人以上	健康管理や療養上の世話及び日常生活上の介護
機能訓練指導員	1人	機能訓練計画を立案し介護員に指導・実施
栄養士	1人	給食管理・栄養指導

※指定短期入所生活介護事業も兼務いたします。

6. ご契約締結からサービス提供までの流れ

介護支援専門員（ケアマネージャー）が施設サービス計画の原案作成業務を担当し、ご利用者及びご契約者に対して説明し、同意を得た上で決定します。施設サービス計画は6カ月に1回、もしくは変更の必要がある場合には、ご利用者及び契約者と協議して施設サービス計画を変更します。変更された場合にはご利用者及びご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

7. ご持参していただくもの

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) 健康保険被保険者証（該当者減額認定証）
- (3) 介護負担限度額認定書（該当者のみ）
- (4) 介護保険負担割合証
- (5) 印鑑
- (6) 銀行通帳・銀行印（利用料を引き落としされる通帳）
- (7) 内服薬・外用薬・お薬手帳
- (8) 紹介状・診療情報提供書
- (9) 衣類

上着	5枚	パジャマ（上下）	2枚
ズボン	5枚	バスタオル・タオル	1枚ずつ
肌着	5枚	靴	2足
ももひき	5枚	バッグ	1袋
靴下	5枚	毛布・タオルケット	1枚ずつ

※洗濯物に関して衛生上塩素系消毒液を使用する場合があります、色の濃い衣類は色落ちの危険性がありますのでご注意ください。また衣類には必ずフルネームでのご記入と下着類については乾燥機を使用する為、マジック式シャツだと劣化してしまうので、ボタン式シャツ、プラスチックホックシャツをご持参いただくようご協力のほど、宜しくお願い致します。

8. 施設サービスの内容と費用

(1) サービスの内容

種類	内容
生活相談	専門職や関連機関と連携しながら利用者並びにご家族の相談に応じます。
貴重品管理	預貯金通帳・印鑑・年金証書・現金預かり、出納サービス。
行政手続き代行	行政機関への手続きが必要な場合は、利用者やご家族の状況により代行します。
食事	利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 （おおよその時間 朝食8時 昼食12時 夕食17時30分）
入浴	週2回の入浴又は清拭を行います。寝たきりの方で座位の取れない方は機械浴を用いての入浴も可能です。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
健康管理	年1回の定期健康診断、医師回診、健康チェック等行います。 ※医療が必要と判断した場合は通院もしくは入院していただくこともあります。この場合利用者及びご家族の判断と責任も必要となります。
レクリエーション 機能訓練	レクリエーション・ボランティア活動・機能訓練・音楽療法・買い物等行います。

(2) 基本料金表

(介護保険負担割合証1割又2割又3割)

(単位：円)

要介護1	基準費用額	1段階	2段階	3段階①	3段階②	2割負担	3割負担
介護保険一部負担金	588	588	588	588	588	1,176	1,764
+介護職員処遇改善加算	637	637	637	637	637	1,274	1,910
食費	1,445	300	390	650	1,360	1,445	1,445
居住費	855	0	370	370	370	855	855
1日当たり	2,937	937	1,397	1,657	2,367	3,574	4,210
1カ月当たり	88,110	28,110	41,910	49,710	71,010	107,220	126,300

要介護2	基準費用額	1段階	2段階	3段階①	3段階②	2割負担	3割負担
介護保険一部負担金	658	658	658	658	658	1,316	1,974
+介護職員処遇改善加算	713	713	713	713	713	1,425	2,138
食費	1,445	300	390	650	1,360	1,445	1,445
居住費	855	0	370	370	370	855	855
1日当たり	3,013	1,013	1,473	1,733	2,443	3,725	4,438
1カ月当たり	90,390	30,390	44,190	51,990	73,290	111,750	133,140

要介護3	基準費用額	1段階	2段階	3段階①	3段階②	2割負担	3割負担
介護保険一部負担金	731	731	731	731	731	1,462	2,193
+介護職員処遇改善加算	792	792	792	792	792	1,583	2,375
食費	1,445	300	390	650	1,360	1,445	1,445
居住費	855	0	370	370	370	855	855
1日当たり	3,092	1,092	1,552	1,812	2,522	3,883	4,675
1カ月当たり	92,760	32,760	46,560	54,360	75,660	116,490	140,250

要介護4	基準費用額	1段階	2段階	3段階①	3段階②	2割負担	3割負担
介護保険一部負担金	801	801	801	801	801	1,602	2,403
+介護職員処遇改善加算	867	867	867	867	867	1,735	2,602
食費	1,445	300	390	650	1,360	1,445	1,445
居住費	855	0	370	370	370	855	855
1日当たり	3,167	1,167	1,627	1,887	2,597	4,035	4,902
1カ月当たり	95,010	35,010	48,810	56,610	77,910	121,050	147,060

要介護5	基準費用額	1段階	2段階	3段階①	3段階②	2割負担	3割負担
介護保険一部負担金	869	869	869	869	869	1,738	2,607
+介護職員処遇改善加算	941	941	941	941	941	1,882	2,823
食費	1,445	300	390	650	1,360	1,445	1,445
居住費	855	0	370	370	370	855	855
1日当たり	3,241	1,241	1,701	1,961	2,671	4,182	5,123
1カ月当たり	97,230	37,230	51,030	58,830	80,130	125,460	153,690

※令和元年10月1日 法改定に基づき実施
 ※令和3年4月1日 法改定に基づき実施
 ※令和3年8月1日 法改定に基づき実施

加算となる介護保険対象サービス加算

※居住費は外泊期間も頂いております。

加算名	内容	1割	2割	3割
○ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が利用者に対して介護老人福祉施設サービスを行った場合。	所定単位数の8.3%		
初期加算(1日あたり)	入所日から30日以内の期間及び30日以上入院後の再入所の場合。	30円	60円	90円
○ 看護体制加算(Ⅰ)(1日あたり)	常勤看護師を1名以上配置している場合。	4円	8円	12円
新 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(1月あたり)	入所者ごとのADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出	50円	100円	150円
夜勤職員配置加算(Ⅲ)(1日あたり)	夜勤帯に介護職員又は看護職員を国が定めた基準に1人加えた数以上配置し、痰吸引等の実施できる介護職員を配置した場合。	28円	56円	84円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)(1月あたり)	「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならないこと。(歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施すること)	90円	180円	270円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)(1月あたり)	上記(Ⅰ)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出すること	110円	220円	330円
○ 個別機能訓練加算(Ⅰ)(1日あたり)	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学・作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師、一定の実務経験を有するはり師またはきゅう師を1人以上配置しているもので、共同して個別機能訓練計画を作成し、計画に基づき機能訓練を実施した場合。	12円	24円	36円
新 個別機能訓練加算(Ⅱ)(1月あたり)	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提供する。	20円	40円	60円
栄養マネジメント強化加算(1日あたり)	管理栄養士を常勤換算で入所者の数を50で除して得た数以上配置。低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整を実施すること	11円	22円	33円
外泊時費用(1月に6日を限度)	病院等へ入院した場合及び居宅等へ外泊を認めた場合。	246円	492円	738円
在宅サービス利用したときの費用(外泊時)(1月に6日を限度)	外泊時に介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合。(外泊の初日及び最終日、外泊費用算定している場合は算定できない)	560円	1,120円	1,680円
看取り看護加算(Ⅰ)(1日あたり)	看取り介護体制ができて死亡日以前4日以上30日以下に加算。	144円	288円	432円
看取り看護加算(Ⅱ)(1日あたり)	看取り介護体制ができて死亡日以前2日以上3日に加算。	680円	1,360円	2,040円
看取り看護加算(Ⅲ)(1日あたり)	看取り介護体制ができて死亡日以前死亡日に加算。	1,280円	2,560円	3,840円
看護体制加算(Ⅱ)(1日あたり)	配置すべき看護職員数より1人以上多く配置し、24時間連絡できる体制を確保している事。	13円	26円	39円
療養食加算(1回当たり)	栄養士により食事提供が管理されていて入所者の年齢、心身状況により適切な栄養量が提供されている場合。	6円	12円	18円

(3) 介護保険対象外サービス料金

サービス費名	内容	料金
理美容費	理容師・美容師の出張による理美容サービス	2,000円/回
貴重品管理費	預貯金通帳・印鑑・年金証書・現金預かり・出納サービス※月の途中は日割り計算	1,500円/月
複写物の交付代	複写物を必要とする場合は実費ご負担いただきます	カラー1枚40円 白黒 1枚10円
電気製品使用費	個人で使用する冷蔵庫・テレビ等持ち込んで使用できます その他の製品	1製品 500円/月 要相談
特別な食事	ご本人希望・嗜好品（酒・希望される副菜等）	要した費用
買い物サービス	当施設では希望者を対象に買い物を行っております	要した費用
レクリエーション行事・クラブ活動費	個別に費用のかかるレクリエーション行事クラブ活動等についてご家族様に参加希望を伺い実施します	要した費用
クリーニング代	当施設で洗濯ができない場合	要した費用
予防接種費用	インフルエンザ等、希望を伺い実施いたします	要した費用
オムツに係る費用	施設で提供しているオムツ・紙パンツ・尿取りパッド等※提供以外のおむつを使用する場合は各自持参下さい	原則無料
私物の洗濯代	個別に外部のクリーニング店に取り継ぐ場合のクリーニング代を除き施設で行います	原則無料
日常生活費	当施設で提供しているシャンプー、タオル等 ※提供以外の者を使用する場合は各自持参下さい	原則無料
移送サービス	協力医療機関への搬送	原則無料
	市内の医療機関・近隣市町村の医療機関	750円/30分
領収証の再発行	領収証を再発行いたします	1部100円
文書等の発行	施設利用に関する証明書等	1部500円

※給付対象外のサービス利用料金について経済状況の著しい変化、その他、やむを得ない事由がある場合、事前に説明をした上で料金を変更する場合があります。

9. サービス利用料金のお支払方法

毎月10日前後に前月分の利用料等を利用料明細書により郵送いたします。利用料金は金融機関から自動引き落としとなり、月末締め翌月27日銀行引き落としとなる為、前日までに残高の確認をお願い致します。また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の負担額を変更致します。

（初めて利用される方）

銀行名・口座番号・銀行印を用意していただき別紙『預金口座振替依頼書・自動振込利用申込書』に記入していただきます。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

特別養護老人ホーム 滝田

相談窓口	施設長 後藤 一美（苦情受付責任者）
	生活相談員 古川 和代（苦情受付担当者）
受付時間	月曜日から金曜日 8時45分～17時30分
連絡先	029-875-5771
第三者委員	
氏名	市村 順子（有識者・評議員）
住所	茨城県つくば市神郡747-2
連絡先	029-867-2006
氏名	飯田 知也（評議員）
住所	茨城県常総市篠山1598-7
連絡先	0297-58-0539

行政機関その他苦情受付期間

名称	土浦市高齢福祉課
住所	茨城県土浦市大和町9-1
連絡先	029-826-1111
名称	国民健康保険団体連合会
住所	茨城県水戸市笠原町978-26
連絡先	029-301-1550
名称	茨城県社会福祉協議会
住所	茨城県水戸市千波町1918
連絡先	029-241-1133

1 1. 協力医療機関等

ご利用者及びご契約者の希望される医療機関で診療を受ける事ができますが、下記医療機関においても診療を受ける事ができます。

協力医療機関	医療法人社団 桜水会 筑波病院 (199床)
所在地	茨城県つくば市大角豆1761
電話番号	029-855-0777
協力歯科医療機関	医療法人社団 朋友 西川歯科
所在地	茨城県つくば市大角豆1698
電話番号	029-863-4182

※急変時にご家族様に施設に来ていただきます。また、入院時にも必ずご家族様に付き添っていただきます。

1 2. 事故発生時の対応等

事故発生時の対応	事業所は、施設サービスの提供にあたって、事故が発生した場合は速やかに利用者の後見人及び家族・身元引受人に連絡を行うとともに、利用者の生命の安全の確保を最優先にした対応を講じます。
損害賠償	事業者は、サービス提供にあたって故意または過失により、利用者に与えた損害に対し、事業者は責任を負います。その損害賠償内容については、双方協議の上これを定めます。但し、利用者の故意または過失が認められ、かつ利用者の置かれた心身の状況を酌して相当と認められる場合には、損害賠償額を減ずることができるものとします。

損害賠償がなされない場合

・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ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
・利用者が、サービスの提供のために必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。
・利用者の急激な体調の変化等、事業者が提供したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。

1 3. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり ② なし	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし

1 4. 利用者の入院に係る取扱い

当施設に入居中、医療機関への入院の必要が生じた場合は以下のとおりとします。

- 3カ月以内の入院の場合…3カ月以内に退院された場合は再び施設に入居することができます。
- 3カ月以上の入院の場合…3カ月以上の入院が必要な場合には契約を解除する場合があります。

※入院期間中であっても、所定の料金をご負担いただきます。(介護度に準じた料金)

1 5. 退所手続きについて

1. ご利用者の都合で退所された場合

- ・退所を希望される日の7日前までにお申し出下さい。

2. 自動終了の場合…下記の場合は双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合

介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護区分が非該当（自立）または要支援と認定された場合

※この場合は所定の期間の経過をもって退所していただくことになります。

ご利用者がお亡くなりになった場合、もしくは被保険者資格を喪失した場合

3. その他

- ・サービス利用料金の支払いを事業者が支払うよう催促したにもかかわらず3カ月滞納した場合は退所していただく場合がございます。契約終了30日前までに文書で通知いたします。

1 6. 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 平日 10時00分から19時00分 土日祭 10時00分から17時30分 来訪者は面会時間を遵守し、事務室前の面会記録簿に記入の上、必ず職員に声をかけて下さい。
外出・外泊	外出・外泊を希望される場合は、事前にご連絡をいただき、必ず行く先と帰宅日時を申し出て下さい。※外泊については最長月6日間まで可能ですが、外泊期間の居住費はいただきます。
居室・設備・器具の利用	空き状況及び身体面、精神面、介護状況等考慮して施設にて決定します。施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。
迷惑行為	騒音等他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
宗教活動・政治活動	職員や他の入居者に対し、宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
飲食の持ち込み	飲食物の持ち込みは可能ですが、居室には置いていかないで下さい。 (他入所者には食事を制限している方が多数おります。) 希望される方は、必ず事務員・介護職員まで申し出ください。

付 則

この約款は、平成31年1月17日より実施する。

令和 2年2月20日より実施する。

令和 2年4月1日より実施する。

令和 3年4月1日より実施する。

令和 3年8月1日より実施する。

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。

年 月 日

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 滝田

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。

利用者氏名 _____

〒

契約者住所 _____

契約者氏名 _____ 印 _____

