

特別養護老人ホーム 今羽の森 重要事項説明書

1 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 永寿荘
- (2) 法人所在地 埼玉県さいたま市西区大字高木亀田 602 番 1
- (3) 電話番号 048-625-5000
- (4) 代表者氏名 理事長 永嶋 正史
- (5) 設立年月 平成 14 年 12 月 17 日

2 ご利用施設

- (1) 施設の種類 特別養護老人ホーム（指定介護老人福祉施設）
- (2) 施設の目的 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（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て、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。
この施設は、身体上または精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
- (3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 今羽の森
- (4) 施設の所在地 埼玉県さいたま市北区今羽町 650-1
- (5) 電話番号 048 - 778 - 7330
- (6) 施設長(管理者)氏名 高橋 康子
- (7) 当施設の運営方針
 - ・豊かな暮らし作りを支援する；共に生き、共に歩むことで、誰もがいつまでも安心して生活できるよう支援します。
 - ・人権を守る；その方の「おもかげ」「らしさ」を第一に考えた生活を守ります。
 - ・価値の創造；創意工夫と挑戦の精神を尊重し、提供するすべてのサービスで独創的かつ質の高い価値を創造し続けます。
- (8) 開設年月 平成 21 年 4 月 1 日
- (9) 入所定員 100 名（10 ユニット 各ユニットの定員 10 名）

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	100 室	桜ユニット…定員 10 名 樺ユニット…定員 10 名 紅葉ユニット…定員 10 名 白樺ユニット…定員 10 名 木蓮ユニット…定員 10 名 胡桃ユニット…定員 10 名 公孫樹ユニット…定員 10 名 花水木ユニット…定員 10 名 山茶花ユニット…定員 10 名 金木犀ユニット…定員 10 名
合 計	100 室	10 ユニット 定員 100 名
食堂	10 室	
浴室	6 室	特浴 1・リフト浴 5・一般浴 5
医務室	1 室	

※居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約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。

[20__年__月__日 現在]

職種	常勤換算	指定基準
1. 施設長（管理者）	名	1名
2. 介護職員	名	看護師との合計で33名
3. 生活相談員	名	1名
4. 看護職員	名	3名
5. 介護支援専門員	（兼務）名	1名
6. 医師	（嘱託）名	必要数
7. 栄養士	名	1名
8. 機能訓練指導員	名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総時間数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

〈配置職員の職種〉

介護職員…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

2名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。

勤務時間：A勤務（7：00～16：00）C勤務（8：00～17：00）D勤務（8：30～17：30）

E勤務（9：00～18：00）H勤務（10：30～19：30）I勤務（11：00～20：00）

M勤務（13：00～22：00）Z勤務（22：00～翌日7：00）

生活相談員…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。

勤務時間：基本 9：00～18：00

看護職員…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。 勤務時間：D勤務（8：30～17：30）E勤務（9：00～18：00）

栄養士…個別の栄養状態を把握するため栄養ケアマネジメント実施し、ご契約者の栄養管理を行ないます。 勤務時間：基本 9：00～18：00

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。勤務時間：基本 9：00～18：00

介護支援専門員…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。

勤務時間：基本 9：00～18：00

医師…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。

勤務時間：基本 水曜日 13：00～15：00 または診察終了まで

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額が給付されます。

<サービスの概要>

①居室の提供

②食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
(食事時間) 朝食：7：30～8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

③入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

④排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑦自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

⑧栄養管理

- ・個別の栄養状態を把握するため栄養ケアマネジメント実施し、ご契約者の栄養管理を行ないます。

⑨緊急時の対応

- ・利用者に様態の変化などがあった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族様に速やかに連絡いたします。

<サービス利用料金（１日あたり）>

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）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

※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。

【基本料金について】 ※サービス利用の基本料金 [下記の金額は地域加算 10.68 を乗じた金額になります]

名 称		単位数	基本利用料	1 割負担		2 割負担		3 割負担	
				うち介護給付から支給される分	自己負担分	うち介護給付から支給される分	自己負担分	うち介護給付から支給される分	自己負担分
			円	円	円	円	円	円	円
1, ご契約者の要介護度と基本サービス利用料金	要介護度 1	670	7,155	6,439	716	5,724	1,431	5,008	2,147
	要介護度 2	740	7,903	7,113	790	6,322	1,581	5,532	2,371
	要介護度 3	815	8,704	7,834	870	6,963	1,741	6,093	2,611
	要介護度 4	886	9,462	8,516	946	7,570	1,892	6,623	2,839
	要介護度 5	955	10,199	9,179	1020	8,159	2,040	7,139	3,060
2, 基本加算項目	夜勤職員配置加算(Ⅳ)	21	224	201	23	179	45	156	68
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	12	128	115	13	102	26	89	39
	看護体制加算(Ⅰ)	4	42	37	5	33	9	29	13
	看護体制加算(Ⅱ)	8	85	76	9	67	18	59	26
	日常生活継続支援加算	46	491	441	50	392	99	343	148
	精神科医師定期的療養指導加算	5	53	47	6	42	11	37	16
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護職員の処遇改善に資する費用として、合計単位数に 14.0% を乗じた単位数を加算し、負担割合証の割合を自己負担頂きます							
3, 居室にかかる自己負担額		ユニット型個室		2,500		2,500		2,500	
4, 食事に係る自己負担額				1,800		1,800		1,800	

【その他加算について】※適用時に加算となります[下記の金額は地域加算 10.68 を乗じた金額になります]

加 算 名 称	内 容	単位数	基本 利用料	負担割合（1 割）		負担割合（2 割）		負担割合（3 割）	
				うち介護給付から支給される分	自己負担分	うち介護給付から支給される分	自己負担分	うち介護給付から支給される分	自己負担分
※個別機能訓練 加算Ⅱ	機能訓練指導員常勤 1 名専従および定期的な個別計画書作成を実施していることに加え、厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合（1 月につき）	20	213 円	191 円	22 円	170 円	43 円	149 円	64 円
※個別機能訓練 加算Ⅲ	上記の加算Ⅱを取得した上で、口腔衛生管理加算Ⅱと栄養ケアマネジメント強化加算を取得している栄養、口腔で相互に情報を共有し、情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行う	20	213 円	191 円	22 円	170 円	43 円	149 円	64 円
栄養ケアマネジメント強化加算	管理栄養士常勤専従 1 名および定期的な個別計画書作成を実施に加え、週 3 回以上の状態把握と厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合	11	117 円	105 円	12 円	93 円	24 円	81 円	36 円
※生活機能向上 連携加算Ⅰ	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等や医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成している場合。理学療法士等や医師は通所リハビリテーション等のサービス提供の場合又は ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行う（1 月につき・3 月に 1 回を限度）	100	1,068 円	961 円	107 円	854 円	214 円	747 円	321 円

※生活機能向上 連携加算Ⅱ	訪問・通所リハビリテ ーションを実施してい る事業所又はリハビリ テーションを実施して いる医療提供施設の理 学療法士等や医師が施 設を訪問し、機能訓練 指導員等と共同し個別 機能訓練計画を作成 し、計画的に機能訓練 を行っている場合。（個 別機能訓練加算未算定 であれば 200 単位/月）	100	1,068 円	961 円	107 円	854 円	214 円	747 円	321 円
※ADL 維持等加 算Ⅰ	イ 利用者（当該事業所 の評価対象利用期間が 6 月を超える者）の総 数が 10 人以上であるこ と ロ 利用者全員につい て、利用開始月と当該 月の翌月から起算して 6 月目において、 BarthelIndex を適切 に評価できる者が ADL 値を測定し、測定した 日が属する月ごとに厚 生労働省に提出してい ること（LIFE へのデー タ提出とフィードバッ クの活用） ハ 利用開始月の翌月 から起算して 6 月目の 月に測定した ADL 値 から利用開始月に測定 した ADL 値を控除し て得た値に、初月の ADL 値や要介護認定の状況 等に応じて一定の値を 加えた ADL 利得（調 整済 ADL 利得）の上位 及び下位それぞれ 1 割 の者を除く評価対象利 用者の ADL 利得を平 均して得た値が 1 以上 であること（1 月につ き）	30	320 円	288 円	32 円	256 円	64 円	224 円	96 円
※ADL 維持等加 算Ⅱ	・加算（Ⅰ）のイとロの 要件を満たすこと ・評価対象利用者の ADL 利得を平均して得た （加算（Ⅰ）のハと同様 に算出した値）が 3 以 上であること（1 月につ き）	60	640 円	576 円	64 円	512 円	128 円	448 円	192 円

※口腔衛生管理 加算Ⅰ	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、職員に対し技術的助言及び指導行った場合（1 月につき）	90	961 円	864 円	97 円	768 円	193 円	672 円	289 円
※口腔衛生管理 加算Ⅱ	上記加算Ⅰの要件に加え、厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合（1 月につき）	110	1,174 円	1,056 円	118 円	939 円	235 円	821 円	353 円
※自立支援促進 加算	医師が入所者ごとに自立支援のための医学的評価を行い厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へデータ提出を行った場合（1 月につき）	280	2,990 円	2,691 円	299 円	2,392 円	598 円	2,093 円	897 円
※安全対策体制 加算	事故に対する対応、外部研修受講、安全対策部門の設置を行っている場合（入所時 1 回につき）	20	213 円	191 円	22 円	170 円	43 円	149 円	64 円
※科学的介護推 進体制加算Ⅰ	利用者ごとの心身の状態等の基本的情報を厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合（1 月につき）	40	427 円	384 円	43 円	341 円	86 円	298 円	129 円
※科学的介護推 進体制加算Ⅱ	科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾病の状況を厚生労働省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提供を行った場合	50	534 円	480 円	54 円	427 円	107 円	373 円	161 円
認知症行動・心 理症状緊急対応 加算	医師が認知症により在宅生活が困難と認め緊急で入所した方へサービス提供した場合	200	2,136 円	1,922 円	214 円	1,708 円	428 円	1,495 円	641 円
認知症専門ケア 加算Ⅰ	認知症の割合が 1 / 2 以上であり、認知症介護に係る専門的な研修修了者を必要数以上配置しチームとして専門的な認知症ケアを実施している場合	3	32 円	28 円	4 円	25 円	7 円	22 円	10 円
認知症専門ケア 加算Ⅱ	認知症専門ケア加算Ⅰの要件に該当し、かつ、認知症介護の指導に係る研修修了者を 1 名以上配置 作成した計画に従い介護職員・看護職員事に研修を実施している場合	4	42 円	37 円	5 円	33 円	9 円	29 円	13 円

※認知症チーム ケア推進加算Ⅰ	・認知症の割合が1/2 以上であり、認知症介 護に係る専門的な研修 修了者を必要数以上配 置し、チームとして専 門的な認知症ケアを実 施している場合 ・対象者に対し個別に 認知症の評価を計画的 に行い、その評価に基 づく値を測定し予防等 に資するチームケアを 実施している ・認知症ケアについて カンファレンスの開 催、計画の作成、定期 的な評価、ケアの振り 返り、計画の見直し等 を行っている	150	1,602 円	1,441 円	161 円	1,281 円	321 円	1,121 円	481 円
※認知症チーム ケア推進加算Ⅱ	加算Ⅰに加え、認知症 介護に係る専門的な研 修を修了している者を 1名以上配置し、かつ、 複数人の介護職員から 成る認知症専門チーム を組んでいる	120	1,281 円	1,152 円	129 円	1,024 円	257 円	896 円	385 円
若年性認知症 入所者受入加算	若年性認知症入所者を 受け入れた場合(1日あ たり)	120	1,281 円	1,152 円	129 円	1,024 円	257 円	896 円	385 円
療養食加算	医師の指導に基づき療 養食を提供した場合(1 食あたり/1日3食限度)	6	64 円	57 円	7 円	51 円	13 円	134 円	58 円
再入所時栄養 連携加算	退所となり医療機関に 入院した方の栄養管理 が、再入所時は大きく 異なる為、管理栄養士 が病院又は診療所の管 理栄養士と連携して栄 養ケア計画を作成した 場合(1回限度)	400	4,272 円	3,844 円	428 円	3,417 円	855 円	2,990 円	1,282 円
※低栄養リスク 改善加算	低栄養リスクが高い新 規入所者に対し、月1回 以上多職種が共同して 会議を行い、作成した 計画に基づき食事の観 察・調整を行った場合 (1ヵ月あたり/6ヵ月 限度)	300	3,204 円	2,883 円	321 円	2,563 円	641 円	2,242 円	962 円
経口移行加算	経口摂取に移行するた めの栄養管理を実施し た場合	28	299 円	269 円	30 円	239 円	60 円	209 円	90 円
経口維持加算Ⅰ	著しい摂食障害がある 方の経口摂取を維持す るための栄養管理を実 施した場合(1ヶ月あ たり6ヶ月限度)	400	4,272 円	3,844 円	428 円	3,417 円	855 円	2,990 円	1,282 円
経口維持加算Ⅱ	摂食障害がある方の経 口摂取を維持するた めの栄養管理を実施し た場合(1ヶ月あたり)	100	1,068 円	961 円	107 円	854 円	214 円	747 円	321 円

※褥瘡マネジメント加算Ⅰ	継続的に褥瘡管理を行い、厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合（1月につき）	3	32 円	28 円	4 円	25 円	7 円	22 円	10 円	
※褥瘡マネジメント加算Ⅱ	加算Ⅱの算定に加え、一定期間褥瘡の発生者がいないこと（1月につき）	13	138 円	124 円	14 円	110 円	28 円	96 円	42 円	
※排せつ支援加算Ⅰ	多職種が共同し排泄介護を要する原因を分析にそれに基づいた支援計画を作成・実施し、厚労省科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出を行った場合（1月につき）	10	106 円	95 円	11 円	84 円	22 円	74 円	32 円	
※排せつ支援加算Ⅱ	加算Ⅰの要件に加え、排泄の状態が一部改善またはおむつ使用がなくなった場合（1月につき）	15	160 円	144 円	16 円	128 円	32 円	112 円	48 円	
※排せつ支援加算Ⅲ	加算Ⅰの要件に加え、排泄の状態が改善しおむつの使用がなくなった場合（1月につき）	20	213 円	191 円	22 円	170 円	43 円	149 円	64 円	
配置医師緊急時 対応加算 配置医師緊急時 対応加算	①医師と施設間で連絡方法等の具体的な取り決めがなされている ②配置医師と協力医療機関の医師が連携し 24 時間対応できる体制を確保している ③①②の届出を行っている ④看護体制加算Ⅱを算定している（1 回あたり）	通常の勤務時間外の場合	3 2 5	3,471 円	3,123 円	348 円	2,776 円	695 円	2,429 円	1,042 円
		早朝・夜の場の場合	6 5 0	6,942 円	6,247 円	695 円	5,553 円	1,389 円	4,859 円	2,083 円
		深夜の場合	1 3 0 0	13,884 円	12,495 円	1,389 円	11,107 円	2,777 円	9,718 円	4,166 円
※協力医療機関連携加算	協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催していること	100	1,068 円	961 円	107 円	854 円	214 円	747 円	321 円	
看取り介護加算Ⅰ	死亡日 31 日前～45 日前	72	768 円	691 円	77 円	614 円	154 円	537 円	231 円	
	死亡日 30 日前～4 日前	144	1,537 円	1,383 円	154 円	1,229 円	308 円	1,075 円	462 円	
	死亡日前々日、前日	680	7,262 円	6,535 円	727 円	5,809 円	1,453 円	5,083 円	2,179 円	
	死亡日	1280	13,670 円	12,303 円	1,367 円	10,936 円	2,734 円	9,569 円	4,101 円	

看取り介護加算Ⅱ	配置医師緊急時対応加算の要件を満たし、かつ施設内で亡くなった場合	死亡日 31日前 ～45日前	72	768 円	691 円	77 円	614 円	154 円	537 円	231 円
		死亡日 30日前 ～4日前	144	1,537 円	1,383 円	154 円	1,229 円	308 円	1,075 円	462 円
		死亡日 々々日、前日	780	8,330 円	7,497 円	833 円	6,664 円	1,666 円	5,831 円	2,499 円
		死亡日	1580	16,874 円	15,186 円	1,688 円	13,499 円	3,375 円	11,811 円	5,063 円
※高齢者施設等 感染対策向上 加算Ⅰ	・ 指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している ・ 協力医療機関等との間で一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している ・ 医療機関または地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修または訓練に1年に1回以上参加している	10	106 円	95 円	11 円	84 円	22 円	74 円	32 円	
※高齢者施設等 感染対策向上 加算Ⅱ	加算Ⅰの要件に加え、医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている	5	53 円	47 円	6 円	42 円	11 円	37 円	16 円	
新興感染症等施設療養費	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合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定する	240	2,563 円	2,306 円	257 円	2,050 円	513 円	1,794 円	769 円	
外泊時費用	病院等へ入院した場合及び居宅などへ外泊を認めた場合（月6回限度）	246	2,627 円	2,364 円	263 円	2,101 円	526 円	1,838 円	789 円	
初期加算	初期加算（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）	30	320 円	288 円	32 円	256 円	64 円	224 円	96 円	

退所前訪問 相談援助加算	入所者が退所後生活する居宅を訪問し、相談援助を行った場合（入所中 1 回又は、2 回算定）	460	4,912 円	4,420 円	492 円	3,929 円	983 円	3,438 円	1,474 円
退所後訪問相談 援助加算	退所後 30 日以内に居宅を訪問し、相談援助を行った場合（1 回を限度）	460	4,912 円	4,420 円	492 円	3,929 円	983 円	3,438 円	1,474 円
退所時相談援助 加算	入居者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合	400	4,272 円	3,844 円	428 円	3,417 円	855 円	2,990 円	1,282 円
退所前連携加算	居宅介護支援事業者と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合	500	5,340 円	4,806 円	534 円	4,272 円	1,068 円	3,738 円	1,602 円
退所時情報提供 加算	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、当該入所者等の情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する	250	2,670 円	2,403 円	267 円	2,136 円	534 円	1,869 円	801 円
退所時栄養情報 連携加算	医師が特別食を必要と判断した入所者に対して、当該施設の管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、栄養管理に関する情報を提供する（1 月につき 1 回）	70	747 円	672 円	75 円	597 円	150 円	522 円	225 円
在宅復帰支援機 能加算	家族・居宅介護支援事業者と連携し在宅復帰の援助を行った場合	10	106 円	95 円	11 円	84 円	22 円	74 円	32 円
在宅・入所相互 利用加算	在宅生活と施設生活を計画的に交互に実施した場合	40	427 円	384 円	43 円	341 円	86 円	298 円	129 円
外泊時在宅サー ビス利用費用	居宅における外泊を認め、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（月 6 日間限度）	560	5,980 円	5,382 円	598 円	4,784 円	1,196 円	4,186 円	1,794 円
※特別通院送迎 加算	透析を要する入所者であって、その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情があるものに対して、1 月に 12 回以上、通院のため送迎を行った場合。	594	6,343 円	5,708 円	635 円	5,074 円	1,269 円	4,440 円	1,903 円

生産性向上推進 体制加算Ⅰ	加算Ⅱに加え、データにより業務改善の取組による成果が確認されていること。 ・見守り機器等を複数導入している ・職員間の適切な役割分担の取組を行っている ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供する	100	1,068 円	961 円	107 円	854 円	214 円	747 円	321 円
生産性向上推進 体制加算Ⅱ	・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減する方策を検討する委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、改善活動を継続的にやっていること。 ・見守り機器等を1つ以上導入していること。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと。	10	106 円	95 円	11 円	84 円	22 円	74 円	32 円

※印の加算については、1回/月 の算定となります。

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。

◇ 当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方(市長村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合、施設利用の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。（日額）

対象者		区分	居住費 ユニット型個室	食費
生活保護受給者		利用者負担 段階1	880 円	300 円
世帯全員 が市町村 民税非課 税世帯	老齢福祉年金受給者			
	前年の合計所得額と課税年金収入額 及び非課税年金収入額の合計が 80 万円以下の方	利用者負担 段階2	880 円	390 円
	前年の合計所得額と課税年金収入額 及び非課税年金収入額の合計が 80 万円超え 120 万円以下の方	利用者負担 段階3①	1,370 円	650 円
	前年の合計所得額と課税年金収入額 及び非課税年金収入額の合計が 120 万円を超える方	利用者負担 段階3②	1,370 円	1,360 円
上記以外の方		利用者負担 段階4	2,500 円	1,800 円

(2) 当施設が提供する基準介護サービス以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

① 日常生活費

日常生活費は、私物的な日用生活品（ティッシュ・ウェットティッシュ・歯ブラシ・入れ歯用歯ブラシ・歯磨き粉・入れ歯用洗剤・男性用髭剃り・女性用カミソリ・タオル類[フェイスタオル/バスタオル/入浴用タオル]・他）を希望した場合、申込むことができます。

利用料金 : **1日あたり 310円**

② 特別な食事にかかる費用

行事など、特別な食事を提供する場合にご負担いただきます。

利用料金 : **1回あたり 実費**

③ 理髪・美容

[理髪サービス ・ 美容サービス]

- ・ 理容師の出張による理髪サービス（調髪・顔剃り・洗髪）をご利用いただけます。
- ・ 美容師の出張による理髪サービス（調髪・パーマ・洗髪）をご利用いただけます。

利用料金 : **1回あたり 実費**

④ 出納管理費

ご契約者の希望により貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は以下のとおりです。

- ◎ 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金
- ◎ お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑
- ◎ 保管責任者：施設長 高橋 康子（通帳管理者）
- ◎ 保管補助者：主任 長谷部 宏行（印鑑管理者）
- ◎ 出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

※預金の預け入れおよび引出しが必要な場合、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。

※管理者は上記届出内容に従い、預金の預け入れおよび引き出しを行います。

※保管管理者は四半期に一度、出入金記録を作成し、その写しをご契約者へ交付します。

利用料金 : **1日あたり 60円**

⑤ サービス記録提供料

ご契約者は、サービスの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費用をご負担いただきます。

利用料金 : **1枚 10円**

⑥ レクリエーション活動・行事参加費

ご契約者のご希望によりレクリエーションやクラブ活動や季節ごとに行われる様々な行事に参加していただくことができます。

利用料金 : **原則として無料。内容により実費相当をご負担いただく事がございます**

⑦ 家電製品持ち込み料

ご契約者の希望により、家電製品（コンセントを使用するもの）をお持込みいただくことができます〔男性用の電気髭剃りの持込(1点まで)は無料です〕。

利用料金 : **1日 30円 (1点につき、電気代を含む)**

⑧ その他(日常生活上必要となる諸費用)

日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

利用料金 : **1回 実費**

※おむつ代及びおむつカバー代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

☆ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合、前回の要介護認定による要介護度に応じた介護サービス利用料、および居住費、食費をご負担いただきます。

☆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、相当な額に変更することがあります。その場合事前に内容の変更と変更する事由について変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

⑨ 契約書第8条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の要介護度		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
介護度別のサービス利用料金	ユニット型個室	9,463 円	10,189 円	10,969 円	11,706 円	12,421 円

(3) 利用料金のお支払い方法

前期(1)、(2)の料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、サービス提供月の翌月の18日までに下記の方法でお支払い下さい。

当施設指定の金融機関口座からの自動引き落としとなります。

ご利用できる金融機関 : **武蔵野銀行 大宮北支店**

(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、下記の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・入院治療を保障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。)

※協力医療機関

病院名	診療科目	備考
ひのき歯科	歯科	
彩の国東大宮メディカルセンター	内科、総合診療科、循環器内科、消化器内科、がん治療センター、外科、整形外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、皮膚科、婦人科、麻酔科、リハビリテーション科、放射線科、歯科口腔外科	
さいたま北部医療センター	内科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、整形外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科口腔外科	
指扇病院	内科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、麻酔科、歯科	

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。したがって、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が、仮にこのような事由に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立または要支援と判定された場合。
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合。
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービス提供が不可能になった場合。
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合。
- ⑤ 契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 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。）

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約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7日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時契約を解約・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のサービス利用料金の変更に同意できない場合。
- ② 施設の運営規定の変更に同意できない場合。
- ③ ご契約者が入院された場合。
- ④ 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福祉施設サービスを実施しない場合。
- ⑤ 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。
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意また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。
- ⑦ 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おそ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）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ① 契約者または身元保証人ないしご家族、その他関係者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等について、故意にこれを告げず、また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 契約者による、サービス利用料金の支払いが2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 契約者または身元保証人ないしご家族、その他関係者が、故意また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、また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 契約者が継続して90日以上病院また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。（※下記「契約者が病院等へ入院された場合の対応について」をご参照ください）
- ⑤ 契約者が介護老人保健施設に入所もしくは介護療養型医療施設に入院した場合。

※契約者が病院等へ入院された場合の対応について（契約書第8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。

(ア) 検査入院等、短期入院、外泊の場合

1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、複数の月にまたがる場合は12泊）の短期入院・外泊の場合は、再び施設に入所することができます。但し、入院期間・外泊中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1日当たり）

利用者負担段階	利用者負担段階 4			利用者負担段階 3①・3②			利用者負担段階 2			利用者負担段階 1		
負担割合	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
1. サービス利用料金	2,627	2,627	2,627	2,627	—	—	2,627	—	—	2,627	—	—
2. うち、介護保険から給付される金額	2,364	2,101	1,838	2,364	—	—	2,364	—	—	2,364	—	—
3. 介護保険自己負担額（1－2）	263	526	789	263	—	—	263	—	—	260	—	—
4. 居住費	2,500			1,310			820			820		
5. 自己負担額（3＋4）	2,763	3,019	3,278	1,573	—	—	1,083	—	—	1,083	—	—

(イ) 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定されていた退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの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ご利用いただく場合があります。

(ウ) 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。

この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

＜入院期間中の利用料金＞

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、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紹介
○居宅介護支援事業者の紹介
○その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介 |
|---|

※ご契約者が退所後、在宅に戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として
534～1,602 円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。

7. 保証人

契約締結にあたり、保証人を1名お願いいたします。保証人に行っていただく内容については以下の通りです。

(ア) 保証人には、ご契約者の契約に係る一切の債務について、ご契約者と連携して履行する責任を負っていただきます。

(イ) 保証人には、前項の責任のほか、次の各号の責任を負っていただきます。

- ① ご契約者が、疾病等により医療期間に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するようにご契約者に協力していただきます。
- ② 契約解除または契約終了の場合、事業者と連携してご契約者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めていただきます。
- ③ ご契約者が死亡した場合のご遺体の引き取り等必要な措置を行っていただきます。

8. 残置物引取人

入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます(ただし、入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です)。

ご契約者又は残置物引取人は、事業者から本契約が終了した旨の連絡を受けた後、14 日以内に残置物を引き取るものとします。また、事業者はご契約者又は残置物引取人が相当期間を過ぎても残置物を引き取る義務を履行しない場合には、当該残置物をご契約者又は残置物引取人へ引き渡すものとします。その際引渡しにかかる費用についてはご契約者又は残置物引取人にご負担いただきます。

尚、保証人、残置物引取人に変更が生じた場合は、速やかに施設に届け出ることとします。

9. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置及び報告（ご家族、関係機関）を致します。利用者に対する指定介護福祉施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 緊急時の対応について

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合その他必要な場合は、速やかに嘱託医師及びあらかじめ定めている協力医療機関等へ連絡及び必要な措置を講じます。あわせて、予め届けられた連絡先へ可能な限り速やかに連絡する等必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策について

施設では、非常災害、その他の緊急の事態に備え、必要な設備を整えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、年2回以上の利用者、及び職員等の訓練を行います。

12. 現金・貴重品の持ち込みについて

基本的に現金の持ち込みはお控えていただいております。万が一お持ち込みになられた場合、施設では一切の責任を負いかねますので予めご了承下さい。また、施設での現金・貴重品のお預かりは致しておりません。

13. 相談および苦情の受付について

（1）当施設における相談および苦情の受付

当施設における相談および苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

また、個人情報の取り扱いに関する相談及び苦情も以下の専用窓口で受け付けます。

○相談・苦情受付窓口（担当者）

施設長 高橋 康子

主 任 長谷部 宏行

生活相談員 上原 沙織

生活相談員 西野 絵梨

・TEL 048-778-7330 ・FAX 048-662-1000

・受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～18：00

また、ご意見箱を1階多目的ホールに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

当施設以外に、行政の相談・苦情窓口でも受け付けております。

さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 高齢福祉課	所在地：〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6-4-4 電話番号：048-829-1259（直通）
さいたま市 保健福祉局 長寿応援部 介護保険課	所在地：〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6-4-4 電話番号：048-829-1264（直通）
さいたま市北区役所 高齢介護課	所在地：〒331-8586 さいたま市北区宮原町 1-852-1 電話番号：048-669-6068(直通)
国民健康保険団体連合会	所在地： 〒338-0002 さいたま市中央区下落合 1704 電話番号：048-824-2568(苦情相談専用)
埼玉県社会福祉協議会内 埼玉県運営適正化委員会	所在地： 〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 彩の国すこやかプラザ内 電話番号：048-822-1191
【第三者委員】 石丸 主憲	住 所：〒336-0027 さいたま市南区沼影一丁目 1 番 20 号 フィオレッタ武蔵野 2F 司法書士法人いしまる事務所 連絡先：048-762-9893
【第三者委員】 北野 昭子	住 所：〒331-0812 さいたま市北区宮原町 2-40-6 税理士法人 アイリス 北野事務所 連絡先：048-663-0966

14. 提供するサービスの第三者評価の実施

実施の有無 あり／☒なし

実施年月日	評価機関	開示状況

15. 緊急やむを得ず身体拘束を行う際の手続きについて

施設は、利用者本人及び他の利用者等の生命及び身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束等の入所者の行動を制限する行為は行いません。

緊急やむを得ない状況により、身体拘束等行動制限を行う場合には、以下の方法により行うこととします。

- (1) 緊急カンファレンスを開催し、代替策についての再検討、身体拘束を必要とする理由、対応方針、方法、時間、期間の確認、実施方法の適正、安全性及び経過確認方法について検討する。
- (2) 身体拘束の実施期間中は、状況経過を記録する。
- (3) ご本人及びご家族様に状況を説明し、改善方法を検討する。
- (4) 身体拘束の必要な状況が解消した場合は、速やかに解除する。

16. 職員の資質向上

職員の資質向上のため、年間研修計画を作成し、外部研修・内部研修を定期的実施します。

17. 虐待防止について

- (1) 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。
- (2) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等の高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに防止策を講じ、市町村へ報告します。
- (3) 事業者は、前項の措置を適切に実施するために、虐待防止担当者を配置します。

18. ハラスメント対策

- (1) 事業者は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者及びその家族が当事業者や当事業所の職員に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為（暴力行為・ハラスメント行為・名誉毀損・プライバシーの侵害行為等）や、著しい迷惑行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合があります。

説明日 20____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。

社会福祉法人 永寿荘
理事長 永嶋 正史

説明者

職 名 生活相談員

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> _____

<氏名> _____ 印

保証人・代理人

<住所> _____

<氏名> _____ 印

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上3階
- (2) 建物の延べ床面積 4300.83 m²
- (3) 併設事業

当施設では、次の事業を実施しています。

[介護老人福祉施設]

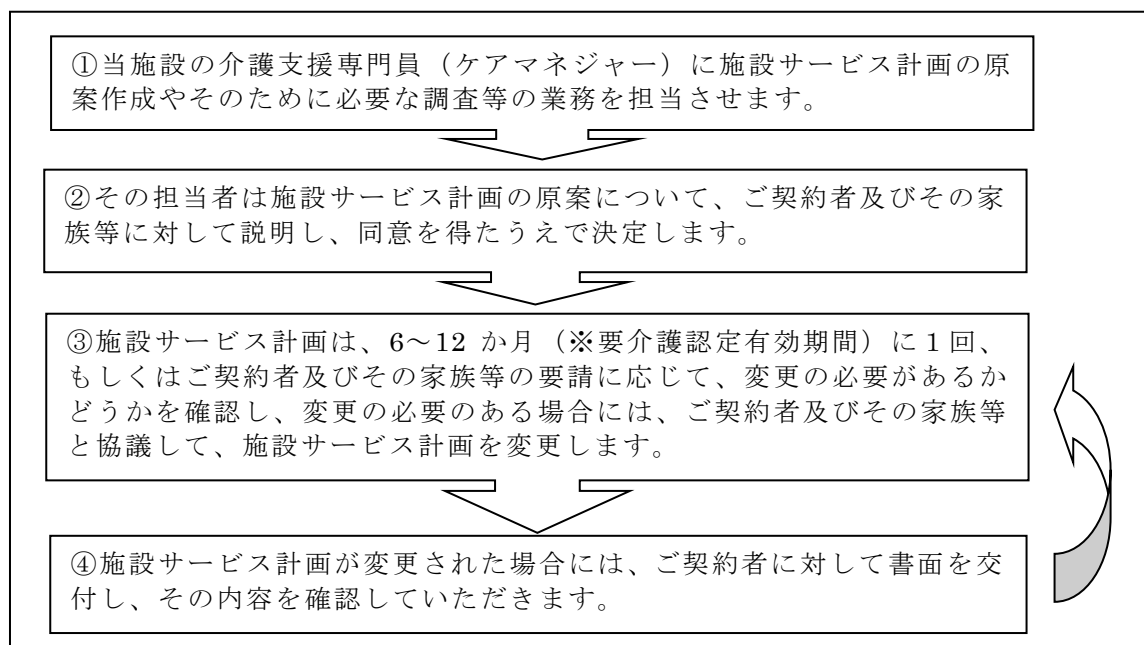
[短期入所生活介護] [介護予防短期入所生活介護]

[居宅介護支援事業所]

2. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入所後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



3. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。
ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 面会

面会時間 9:00～18:00

※来訪者は、必ず受付にて名前のご記入をお願い致します。

※なお、来訪される場合、生物等の持ち込みはご遠慮ください。

(2) 外出・外泊

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

但し、外泊については、1ヵ月につき連続して7泊、複数の月をまたがる場合には連続して12泊以内とさせていただきます。

なお、外泊期間中、1日につき介護保険から給付される費用の一部(1割負担 263円、2割負担 526円、3割負担 789円)と居住費(利用者負担限度額に応じた額)をご負担いただきます。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(5) 喫煙

施設内のスペース（駐車場を含む）での喫煙はできません。

5. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

特別養護老人ホーム 今羽の森 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- ①施設サービスを円滑に提供するために実施するケアカンファレンス等
- ②関連事業者（区役所・介護保険指定業者等）との連絡調整等
- ③施設広報誌、ホームページ、ブログ、パンフレットへの掲載等
（③は、基本的にお名前と写真が一致しないように掲載致します）
- ④施設にて行われる学生等の学習への協力

2 使用する範囲とスタッフ

- ・施設サービスを提供する職員、介護支援専門員、等

3 条 件

- ・厚生労働省が定めた「個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」にしたがって適切な取扱をすること。
- ・個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

以上

20____年____月____日

社会福祉法人 永寿荘 永嶋 正史 殿

利用者

住所 _____

氏名 _____ (印)

上記代理人（代理人を選定した場合）

住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者家族代表

住所 _____

氏名 _____ (印)