

## 特別養護老人ホームつくばの杜 重要事項説明書

＜令和6年6月1日 現在＞

当施設はご契約に対して施設介護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、契約上ご注意くださいことを次の通り説明します。

当施設の利用は、原則として要介護認定の結果「要介護3」以上と認定された方が対象となります。

### 1. 施設の設置・運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 勸翁慈温会
- (2) 法人所在地 茨城県つくば市吉瀬1017-1
- (3) 電話番号 029-857-8666
- (4) 代表者氏名 理事長 藤澤 廣子
- (5) 設立年月日 平成7年8月11日

### 2. 施設の概要

- (1) 事業の種類 介護老人福祉施設（指定番号 茨城県 0872000211）
- (2) 施設名 特別養護老人ホームつくばの杜
- (3) 所在地 茨城県つくば市吉瀬1017-1
- (4) 電話番号 029-857-8666
- FAX 029-857-8663
- (5) 管理者の氏名 藤澤 廣子
- (6) 運営の方針

当施設は、施設サービス計画に基づき、要介護状態の維持・改善を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことにより、ご利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにすることを目指します。

- (7) 併設事業 (介護予防) 短期入所生活介護  
地域密着通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号通所事業  
居宅介護支援  
軽費老人ホーム
- (8) 利用定員 50名
- (9) 開設年月日 平成8年5月1日

### 3. 施設の職員体制

職 種	職務内容	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1名
医師	健康管理及び療養上の指導	1名〔常勤 名、非常勤1名〕

職 種	職務内容	人 員
生活相談員	生活相談及び指導	1名 〔常勤1名、非常勤 名〕
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	施設介護サービスの立案	1名(内兼務 名) 〔常勤1名、非常勤 名〕
介護職員	介護業務	25名(内兼務 名) 〔常勤19名、非常勤6名〕
看護師	心身の健康管理、口腔衛生の 機能チェック及び指導、保健 衛生管理	4名 〔常勤2名、非常勤2名〕
准看護師		4名 〔常勤2名、非常勤2名〕
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持の ための指導	1名 〔常勤 名、非常勤1名〕
栄養士	食事の献立作成、栄養計算、 栄養指導等	2名 〔常勤2名、非常勤 名〕
調理員その他の従業者		10名 〔常勤2名、非常勤8名〕

#### 4. 施設の設備概要

(1) 居室 17室(4人部屋 11室, 従来型個室 6室)

入所者の居室は、ベッド・枕元灯・ロッカー等を備品として備えています。

(2) 食堂

入所者の全員が利用できる十分な広さの食堂を設け、入所者が利用できるテーブル・椅子などの備品を備えています。

(3) 浴室

浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介護者のための、特殊浴槽2台を設置します。

(4) 洗面所及び便所

各居室に設けるほか必要に応じて各所に洗面所及び便所が設置してあります。

(5) 機能訓練室

入所者が利用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

(6) 医務室

入所者の診察・治療のために、医療法に規定する診療所を設け、入所者を診察するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

(7) 静養室

看護職員室に隣接して設けます。

## 5. 施設が提供するサービス

### (1) 施設介護サービス計画の立案

入所者の日常生活全般の状況を踏まえて、施設介護サービス計画を作成します。その内容を入所者及びその家族等に対し説明し同意を得て計画書を交付します。

### (2) 食事及び栄養管理

朝食 午前8時～午前9時、昼食 正午～午後1時、夕食 午後6時～午後7時入所者の心身状態、嗜好を考慮し適切な時間に合わせて適切な食事を提供します。

医師の指示による療養食の提供を行います。

### (3) 介護

食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位交換、施設内移動の付添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話

### (4) 入浴

入浴又は清拭を週2回行います。

### (5) 機能訓練

日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

### (6) 生活相談

生活相談員をはじめ職員が、日常生活に関する事等の相談に応じます。

### (7) 健康管理

嘱託医師や看護職員が、健康管理を行います。

### (8) 理容・美容

依頼により理容・美容サービスを実施しております（料金は自己負担）。

### (9) その他、定例行事及び全員参加するレクリエーション

年間を通して事業所内外の交流等の行事、クラブ活動を行います。

## 6. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、介護老人福祉施設のサービスが法定代受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

### (1) 基本料金

#### ①施設利用料

イ) 多床室 (1日当たり)

(1単位=10.45円)

要介護度	基本単位	利用者負担額 (1割負担)	利用者負担額 (2割負担)
要介護1	589単位	616円	1,231円
要介護2	659単位	689円	1,378円
要介護3	732単位	765円	1,530円
要介護4	802単位	838円	1,676円
要介護5	871単位	911円	1,821円

ロ) 従来型個室 (1日当たり)

(1 単位=10.45 円)

要介護度	基本単位	利用者負担額 (1割負担)	利用者負担額 (2割負担)
要介護1	589 単位	616 円	1,231 円
要介護2	659 単位	689 円	1,378 円
要介護3	732 単位	765 円	1,530 円
要介護4	802 単位	838 円	1,676 円
要介護5	871 単位	911 円	1,821 円

※3割負担の方は1割負担の3倍を負担していただきます。

②その他のサービス加算

(1 単位=10.45 円)

加算項目		加算単位	利用者負担額 (1割負担)	利用者負担額 (2割負担)
日常生活継続支援加算 (注1)		36 単位/日	38 円	76 円
看護体制加算 (I) イ (注2)		6 単位/日	7 円	13 円
看護体制加算 (II) イ (注3)		13 単位/日	14 円	27 円
栄養マネジメント強化加算 (注4)		11 単位/日	12 円	23 円
科学的介護推進体制加算 (II) (注5)		50 単位/月	53 円	105 円
外泊・入院時費用 (注6)		246 単位/日	257 円	514 円
初期加算 (注7)		30 単位/日	32 円	63 円
療養食加算 (注8)		6 単位/回	7 円	13 円
看取り介護加算 (I)	死亡日以前 31 日 以上 45 日以下	72 単位/日	76 円	151 円
	死亡日以前 4 日 以上 30 日以下	144 単位/日	151 円	301 円
	死亡日以前 2 日 又は 3 日	680 単位/日	711 円	1,422 円
	死亡日	1,280 単位/日	1,338 円	2,676 円
介護職員等処遇改善加算 (I) (注9)		総利用単位数 ×14% /月	左記の1割	左記の2割

注1) 重度の人を積極的に受け入れること評価するために創設された加算

注2) 常勤の看護師1名を配置

注3) 看護職員の数が、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ基準に定められる看護職員の数に1を加えた数以上配置

注4) 常勤の管理栄養士1名を配置

注5) LIFE (科学的介護情報システム) へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCAサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを評価する加算

注 6) 入院後 6 日間又は 6 日以内の外泊時に算定（但し入院・外泊の初日及び末日の負担はありません）

月をまたいで加算がある場合は、月初から 6 日間加算となります（前月の加算日数を含めて最大 12 日間となる場合があります）

注 7) 入所された日又は 30 日を超える入院から退院された日から 30 日間加算

注 8) 利用者の年齢や心身の状況によって、適切な栄養管理や療養食を提供した場合（1 日に 3 回を限度）

注 9) 介護保険適用時の 1 日当たりの合計額に 14% を乗じた額の負担

※ 3 割負担の方は 1 割負担の 3 倍を負担していただきます。

※ 現在算定していない加算については、職員配置及び加算適応時に加算することもあります。

（参考）

※ 利用者負担額の算出方法（つくば市は地域区分が 5 級地のため介護報酬 1 単位当たりの単価は 10.45 円になります。また、介護職員等処遇改善加算においては小数点以下四捨五入それ以外は、切捨となります。）

（基本単位①+加算単位②）×利用日数（回数）＝**総介護単位数③**

総介護単位数③×14%＝**介護職員等処遇改善加算単位④**

総介護単位数③+介護職員等処遇改善加算単位④＝**介護報酬単位数⑤**

介護報酬単位数⑤×10.45 円（介護報酬 1 単位当たりの単価）＝**介護報酬額⑥**

・ 介護保険負担割合 1 割の方 → 介護報酬額⑥×90%＝**保険請求額⑦-1**

・ 介護保険負担割合 2 割の方 → 介護報酬額⑥×80%＝**保険請求額⑦-2**

・ 介護保険負担割合 3 割の方 → 介護報酬額⑥×70%＝**保険請求額⑦-3**

介護報酬額⑥－保険請求額 ⑦-1 または⑦-2 または⑦-3＝**利用者負担額**

## (2) 食事の提供に関する費用

入所者に提供する食事の材料費及び調理費にかかる費用です。介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された食費の金額（1 日あたり）の負担となります。必ず認定証を窓口でご提示ください。

利用者負担区分	適用	日 額
第 1 段階	市町村民税世帯非課税（世帯主及び全ての世帯員が、市町村民税非課税である方又は市町村の定める条例により市町村民税が免除された方）の老齢福祉年金受給者 生活保護受給者	300 円
第 2 段階	市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額 80 万円以下の方	390 円

第3段階①	市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円超120万円以下の方	650円
第3段階②	市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額120万円超の方	1,360円
第4段階	上記以外の方 第1段階から第3段階に該当する者のうち ・世帯員の一人でも課税されている場合 ・預貯金等が単身で1,000万円以上、夫婦で2,000万円以上の場合	1,445円

(3) 居住に要する費用

施設及び設備を利用し、居住されるにあたり、多床室利用の方には光熱水費相当額、個室利用の方には光熱水費相当額及び室料を、負担していただきます。但し、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方については、その認定証に記載された居住費の金額（1日あたり）の負担となります。必ず認定証を窓口にてご提示ください。

利用者負担区分	適用	多床室	従来型個室
第1段階	食事費表に準じます	負担はありません	320円
第2段階		370円	420円
第3段階①		370円	820円
第3段階②		370円	820円
第4段階		855円	1,171円

※外泊・入院中であっても、居住費の金額は引き続き負担していただきます。

但し、入所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。

(4) その他の費用（全額自己負担）

区分	金額	内容の説明
預り金等管理	2,000円	預貯金通帳、印鑑、年金証書等の保管・管理及び日用品費等の収支、預貯金の出納等を管理するサービス（1ヶ月あたり）
特別なレクリエーション、クラブ活動	実費 （材料費等）	ご希望により参加していただくレクリエーション、クラブ活動の場合
理容・美容サービス	実費	理容師、美容師の出張による理美容サービス
特別な食事	実費	通常提供させていただく食事以外に特別にご希望がある場合

インフルエンザ 予防注射	実 費	11月、12月に集団感染を予防してご 希望により実施
複写物の交付	20円	サービス提供実施記録等の複写物の交 付（1枚につき）

## 7. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月の末日までにお支払いください。お支払いは原則として施設の指定する金融機関口座からの自動引き落としといたします。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）施設は、料金の支払を受けたときは、利用者等に対し領収証を発行します。なお、振替・振り込み手数料は入所者の負担とさせていただきます。

### (1) 金融機関からの自動引き落とし

- |  |
|--|
| <p>① I-NET（アイ・ネット）提携金融機関口座振替（筑波銀行、常陽銀行、農業協同組合等）</p> <p>② 郵貯銀行口座振替</p> <p>（ 毎月20日に引落としいたします。但し、日曜日・祝日等にかかる場合は、後の銀行営業日とします。</p> <p>I-NET提携金融機関口座振替手数料 77円</p> <p>郵貯銀行口座振替手数料 10円</p> |
|--|

(2) (1)によりがたい場合は、下記の指定口座へお振込み頂くか、窓口で現金でお支払いください。

筑波銀行 中根支店 普通預金803959
名義：つくばの杜指定介護老人福祉施設 管理者 藤澤 廣子

## 8. 施設を退所していただく場合（契約の終了）

施設との契約は、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、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、施設との契約は終了し、入所者に退所していただくこととなります。

- ① 要介護認定により入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、入所者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ 入所者からの退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）
- ⑥ 施設から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください）

⑦入所者が死亡した場合

(1) 入所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、入所者から施設の退所を申し出ることができます。この場合には、退所を希望する日の 7 日前までに解約届出書を提出してください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・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サービスの利用料金の変更に同意できない場合

②入所者が入院された場合

③施設もしくは職員が正当な理由なくこの契約に定める施設介護サービスを実施しない場合

④施設もしくは職員が守秘義務に違反した場合

⑤施設もしくは職員が故意又は過失により入所者の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

⑥他の入所者が入所者の身体・財産・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、施設が適切な対応をとらない場合

(2) 施設からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

①入所者及びその家族等が、契約締結時にその心身の状態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い、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②入所者及びその家族等が、正当な理由なく、利用料全額あるいは利用料の一部を 3ヶ月以上滞納し、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入所者及びその家族等が、故意または重大な過失により施設又は従業者もしくは他の入所者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

④入所者が継続して3ヶ月を超えて病院又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

⑤入所者が他の介護保険施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

9. 施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設の入所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ください。

(1) 面会は原則として午前 8 時 30 分から午後 7 時までとします。

上記時間以外の面会は、事前に施設にご相談ください。また、来訪者は、必ず備え付けの面会者名簿を記載してください。

(2) 外出・外泊をされる場合は原則として前日までに申し出てください。ただし、外泊



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

- (3) 入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。施設、設備について故意または重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合には、自己の費用により現状に復するか、又は、相当の代金をお支払いいただくことがあります。
- (4) 危険性のないもので居室（多床室の場合は当該ベッド周辺）に設置可能なものは持ち込みしていただいて結構です。但し、他の入所者の迷惑になるような備品は持ち込みを制限させていただきます。入所時にご相談ください。
- (5) 施設内での金銭及び食べ物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (6) 飲酒は、入所前から習慣となっていた方で、入所後も希望がある場合、医師と相談のうえ少量であれば飲酒できます。ただし、飲酒のために他の入所者や職員に迷惑をかけた場合は禁止とします。
- (7) 健康上、受動喫煙防止のため施設内での喫煙は全面禁止となっております。入所者の喫煙は所定の場所（施設外）にて可能となります。
- (8) 入所者は、職員または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、営利活動は禁止します。
- (9) ペットを施設内で飼うことはできません。
- (10) 施設、職員に対する心付けは、お受けできません。

## 10. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、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、入所者及び職員等の訓練を行います。

## 11. 緊急時の対応

サービスの提供中に容態の変化等があった場合その必要な場合は、事前の打ち合わせに従い、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、速やかに家族等へ連絡いたします。

## 12. 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 入所者に対する施設介護サービスの提供により事故が発生した場合は、家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じ事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (2) 入所者に対する施設介護サービスの提供により、自己の責めに帰すべき事由により入所者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、入所者に対してその損害を賠償します。

### 1 3. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た入所者及び家族等の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

### 1 4. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

### 1 5. 身体拘束の禁止

当施設は、施設介護サービスの提供にあたっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の入所者の行動を制限する行為を行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合、①切迫性②非代替性③一時性の要件を満たしていることを、カンファレンスにて確認の後、入所者及び家族等に説明し、同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管します。

### 1 6. サービス等に関する相談・苦情・要望の受付

#### (1) 当事業所における相談・要望・苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）	生活相談員 岡本 敦
受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分
電話番号	029-857-8666
苦情解決責任者	施設長 藤澤 廣子
第三者委員	佐々木 とみ 連絡先 029-851-2758 田神 まさこ 連絡先 029-862-5614

#### (2) 行政機関その他苦情受付機関

つくば市役所高齢福祉課	所在地 茨城県つくば市研究学園1丁目1番地1 電話番号 029-883-1111 F A X 029-868-7534
茨城県国民健康保険団体連合会	所在地 茨城県水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会館内 電話番号 029-301-1565 F A X 029-301-1579
茨城県社会福祉協議会	所在地 茨城県水戸市千波町1918 電話番号 029-241-1133 F A X 029-241-1434

### 17. 身元保証人

身元保証人1名を定めていただきます。身元保証人は、入所者の認知症進行や病状の悪化などにより、本人が入所に関するさまざまな判断や手続きを行えなくなった場合、それらを代わって行ったり、契約終了時の身柄や残置物の引取り、緊急時等必要な連絡先の役割を担っています。

また、連帯保証人としての役割を兼ねることもあります。入所者がさまざまな事情により、月々の利用料の支払いができなくなったとき、連帯保証人として入所者に代わって支払いを行います（身元保証人が入所者と連帯して支払う極度額は、30万円とします）。

### 18. 嘱託医、協力医療機関

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者が医療を必要とする場合、又入所者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

#### (1) 嘱託医師

医療機関の名称	しほう医院
所在地	土浦市宍塚 1998
電話番号	029-823-9511
医師氏名	遠藤 拓男

#### (2) 協力医療機関

医療機関の名称	筑波学園病院
所在地	つくば市上横場 2573-1
電話番号	029-836-1355

#### (3) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	天川歯科
所在地	つくば市下広岡 752-4
電話番号	029-857-1234

#### (4) 協力眼科医療機関

医療機関の名称	三輪眼科
所在地	かすみがうら市稲吉 5-19-10
電話番号	029-833-0030

### 19. 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	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始に当たり、入所者に対して契約書及び本書面に基  
いて重要な事項を説明し交付しました。

<施 設>

所在地 茨城県つくば市吉瀬 1017-1

事業所名 特別養護老人ホームつくばの杜  
(指定番号 茨城県 0872000211)

管理者名 藤 澤 廣 子 印

説明者 生活相談員 岡 本 敦 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項  
説明を受け同意しました。

<入所者>

住所

氏名 印

<身元保証人>

住所

氏名 印(続柄 )