

特別養護老人ホーム 雅荘

重要事項説明書

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 設置者

法人名	社会福祉法人 ほほえみ会
法人所在地	茨城県つくばみらい市福岡 1199 番
代表者氏名	理事長 平澤 雅男
電話番号	0297-20-5525

2. ご利用施設

施設の名称	特別養護老人ホーム 雅荘
施設の所在地	茨城県つくばみらい市福岡 1 1 9 9 番
施設の種類	ユニット型指定介護老人福祉施設
利用定員	7 0 人
ユニット数及び定員	7 ユニット（各ユニット 1 0 名）
施設長氏名	施設長 菊地 広志
電話番号	0297-20-5525
ファクシミリ番号	0297-20-5527
ウェブ	http://www.miyabisou.jp

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。入居される居室は、全室個室です。

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	70室	
共同生活室	7室	各ユニットに配置
浴室	6 室	一般浴
機械浴室	1 室	
医務室	2 室	各階 1 室
レクリエーションスペース	2 室	各階 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. 主な職員の職種及び員数

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〉

職種	員数
1. 施設長(管理者)	1名
2. 介護職員	30名以上
3. 生活相談員	1名以上
4. 看護職員	3名以上
5. 機能訓練指導員	1名
6. 介護支援専門員	1名
7. 医師(嘱託医)	1名
8. 管理栄養士	1名
9. 事務員	1名以上

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 医師	週2日(火・木曜日)
2. 介護職員	早番: 7:00～16:00 日勤: 9:00～18:00 遅番: 13:00～22:00 夜勤: 22:00～7:00
3. 看護職員	日勤: 9:00～18:00
4. 機能訓練職員	日勤: 10:00～14:30
5. 管理栄養士	日勤: 9:00～18:00

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) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合

があります。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 当施設が提供する基準介護サービス(契約書第3条参照)

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常9割または8割または7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

①居室の提供

②食事

・当施設では、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。

(食事時間) 朝食: 8:00～ 昼食: 12:00～ 夕食: 17:30～

※食事提供時間は、状況により多少変動することがございます。

③入浴

- ・入浴又は清拭を週 2 回以上行います。
- ・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に活用した援助を行います。

⑤機能訓練

- ・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。

● サービス利用料金（契約書第 5 条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準負担額及び居室に係る自己負担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、介護保険負担割合証に応じて異なります。）

①介護保険負担割合証をご提出して下さい。

介護サービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者の負担割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。

②第 1 段階～第 3 段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要になります。

【参考：食費・居住費（滞在費）の負担軽減について】

・対象者と負担限度額について

＜対象となる方＞

次の①～③すべてに該当する方

① 本人及び同一世帯全員が住民税非課税の方

② 本人の配偶者(別世帯も含む)が住民税非課税の方

③ 預貯金等の台計額が以下の表「預貯金等の資産の状況」に該当する方

＜令和3年8月からの利用者負担の段階要件と各負担限度額（1日あたり）＞

利用者負担段階	段階要件		居住費（滞在費）	食費
	所得の状況	預貯金等の資産の状況	ユニット型 個室	
第1段階	・老齢福祉年金受給者の方 ・生活保護受給者の方	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下	880円	300円
第2段階	前年の合計所得金額＋ 課税・非課税年金収入額が 82.65万円以下の方	単身： 650万円以下 夫婦：1,650万円以下	880円	390円 【600円】
第3段階 ①	前年の合計所得金額＋ 課税・非課税年金収入額が 82.65万円超120万円以下の 方	単身： 550万円以下 夫婦：1,550万円以下	1,370円	680円 【1,030円】
第3段階 ②	前年の合計所得金額＋ 課税・非課税年金収入額が 120万円超の方	単身： 500万円以下 夫婦：1,500万円以下	1,470円	1,420円 【1,360円】
第4段階（非該当）	上記の方以外は食費・居住費(滞在費)の 全額が自己負担となります。		令和7年3月1日から 2,300円	令和7年6月1日から 1,800円

※【】の金額は、短期入所生活介護を利用した場合の金額です。

※65歳未満の方は、収入等に関係なく、預貯金等の合計は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下が対象となります。

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

1. 介護保険対象サービス

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護サービス費 【ユニット福祉施設】R6.4.1～変更	670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位
夜勤職員配置加算Ⅱ2	18単位 / 日				
看護体制加算Ⅰ2	4単位 / 日 (平成25年4月1日から加算対象)				
看護体制加算Ⅱ2	8単位 / 日 (令和3年4月1日から加算対象)				
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位 / 月 (令和4年11月1日から加算対象)				
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位 / 日 (令和4年12月1日から加算対象)				
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位 / 月 (令和8年4月1日から加算対象)				
協力医療機関連携加算	50単位 / 月 (令和8年4月1日から加算対象)				
①30日(1ヵ月)あたりの単位	22,633 単位	24,733 単位	26,983 単位	29,113 単位	31,183 単位
②介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【所定単位数の17.6%】R8.6.1～	3,983 単位	4,353 単位	4,749 単位	5,124 単位	5,488 単位
③(①+②)=合計単位	26,616 単位	29,086 単位	31,732 単位	34,237 単位	36,671 単位
④(③)×10.14地域区分 (7級地)【利用者負担1割負担額】 A 30日(1ヵ月)あたりの合計	26,989 円	29,493 円	32,176 円	34,716 円	37,184 円

2. 上記以外の利用者の状況または施設のサービス体制に応じて算定（加算料金）

・初期加算 30単位/日 (入居日から30日以内の期間) ・安全対策体制加算 20単位/回 (入居時に1回を限度)	・栄養マネジメント強化加算 11 単位/日 ・認知症チームケア推進加算加算 (Ⅰ) 150単位/月 (Ⅱ) 120単位/月	・配置医師緊急時対応加算 (通常時間外) 325/回 (早朝・夜間) 650単位/回 (深夜) 1,300単位/回 ・特別通院送迎加算 598単位/月	・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 (死亡日以前4日以上30日以下) 144単位 / 日 (死亡日前日及び前々日) 680単位 / 日 (死亡日) 1,280単位 / 日
・外泊時費用加算 246単位/日 (月6回を限度) ・療養食加算 6単位/回 (1日3回を限度1食1回) ・自立支援促進加算 280単位 / 月	・高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 10単位/月 (Ⅱ) 5単位/月 ・新興感染症等施設療養費 240単位 / 日 (連続5日限度)	・退所時情報提供加算 250単位 / 回 ・退所時栄養情報連携加算 70単位 / 回 ・再入所時栄養連携加算 200単位 / 回	

*入居者の状態及び施設のサービス体制の変化等により加算の対象及び金額が変わる場合があります。

3. 介護保険対象外サービス（所得段階に応じて以下の負担額となります ※市への申請が必要になります）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費・負担額(1日あたり)	300 円	390 円	680 円	1,420 円	1,800 円
B 食費1ヵ月(30日あたり)	9,000 円	11,700 円	20,400 円	42,600 円	54,000 円
居住費・負担額(1日あたり)	880 円	880 円	1,370 円	1,470 円	2,300 円
C 居住費1ヵ月(30日あたり)	26,400 円	26,400 円	41,100 円	44,100 円	69,000 円

*利用者の所得により、食費と居住費の減額制度があります。

第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

4. 利用者負担額合計（前記1,Aと3,B+Cの合計/1ヶ月あたり）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
利用者負担額 要介護1	62,389 円	65,089 円	88,489 円	113,689 円	149,989 円
利用者負担額 要介護2	64,893 円	67,593 円	90,993 円	116,193 円	152,493 円
利用者負担額 要介護3	67,576 円	70,276 円	93,676 円	118,876 円	155,176 円
利用者負担額 要介護4	70,116 円	72,816 円	96,216 円	121,416 円	157,716 円
利用者負担額 要介護5	72,584 円	75,284 円	98,684 円	123,884 円	160,184 円

*利用者負担金額合計は1ヶ月の目安であり、前記2項目の加算料金については含まれておりません

1. 介護保険対象サービス

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護サービス費 【コ型福祉施設】R6.4.1～変更	670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位
夜勤職員配置加算Ⅱ2	18単位 / 日				
看護体制加算Ⅰ2	4単位 / 日 (平成25年4月1日から加算対象)				
看護体制加算Ⅱ2	8単位 / 日 (令和3年4月1日から加算対象)				
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
排せつ支援加算(Ⅰ)	10単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50単位 / 月 (令和3年11月1日から加算対象)				
ADL維持等加算(Ⅰ)	30単位 / 月 (令和4年11月1日から加算対象)				
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位 / 日 (令和4年12月1日から加算対象)				
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100単位 / 月 (令和8年4月1日から加算対象)				
協力医療機関連携加算	50単位 / 月 (令和8年4月1日から加算対象)				
①30日(1ヵ月)あたりの単位	22,633 単位	24,733 単位	26,983 単位	29,113 単位	31,183 単位
② 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 【所定単位数の17.6%】R8.6.1～	3,983 単位	4,353 単位	4,749 単位	5,124 単位	5,488 単位
③ (①+②) = 合計単位	26,616 単位	29,086 単位	31,732 単位	34,237 単位	36,671 単位
④ (③) × 10.14 地域区分 (7級地) 【利用者負担2割負担額】 A 30日(1ヵ月)あたりの合計	53,978 円	58,986 円	64,352 円	69,432 円	74,368 円

2. 上記以外の利用者の状況または施設のサービス体制に応じて算定（加算料金）

・初期加算 30単位/日 (入居日から30日以内の期間) ・安全対策体制加算 20単位/回 (入居時に1回を限度)	・栄養マネジメント強化加算 11 単位/日 ・認知症チームケア推進加算加算 (Ⅰ) 150単位/月 (Ⅱ) 120単位/月	・配置医師緊急時対応加算 (通常時間外) 325/回 (早朝・夜間) 650単位/回 (深夜) 1,300単位/回 ・特別通院送迎加算 598単位/月	・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 (死亡日以前4日以上30日以下) 144単位 / 日 (死亡日前日及び前々日) 680単位 / 日 (死亡日) 1,280単位 / 日
・外泊時費用加算 246単位/日 (月6回を限度) ・療養食加算 6単位/回 (1日3回を限度1食1回) ・自立支援促進加算 280単位 / 月	・高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 10単位/月 (Ⅱ) 5単位/月 ・新興感染症等施設療養費 240単位 / 日 (連続5日限度)	・退所時情報提供加算 250単位 / 回 ・退所時栄養情報連携加算 70単位 / 回 ・再入所時栄養連携加算 200単位 / 回	

* 入居者の状態及び施設のサービス体制の変化等により加算の対象及び金額が変わる場合があります。

3. 介護保険対象外サービス（所得段階に応じて以下の負担額となります ※市への申請が必要になります）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費・負担額（1日あたり）	300 円	390 円	680 円	1,420 円	1,800 円
B 食費1ヵ月（30日あたり）	9,000 円	11,700 円	20,400 円	42,600 円	54,000 円
居住費・負担額（1日あたり）	880 円	880 円	1,370 円	1,470 円	2,300 円
C 居住費1ヵ月（30日あたり）	26,400 円	26,400 円	41,100 円	44,100 円	69,000 円

* 利用者の所得により、食費と居住費の減額制度があります。

第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

4. 利用者負担額合計（前記1,Aと3,B+Cの合計/1ヶ月あたり）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
利用者負担額 要介護1	89,378 円	92,078 円	115,478 円	140,678 円	176,978 円
利用者負担額 要介護2	94,386 円	97,086 円	120,486 円	145,686 円	181,986 円
利用者負担額 要介護3	99,752 円	102,452 円	125,852 円	151,052 円	187,352 円
利用者負担額 要介護4	104,832 円	107,532 円	130,932 円	156,132 円	192,432 円
利用者負担額 要介護5	109,768 円	112,468 円	135,868 円	161,068 円	197,368 円

* 利用者負担金額合計は1ヶ月の目安であり、前記2項目の加算料金については含まれておりません

特別養護老人ホーム雅荘施設入居【3割負担】利用料金表（ユニット型完全個室）

令和8年8月1日から

1. 介護保険対象サービス

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
ユニット型介護サービス費【ユ型福祉施設】R6.4.1～変更	670単位	740単位	815単位	886単位	955単位
夜勤職員配置加算Ⅱ2	18単位 / 日				
看護体制加算Ⅰ2	4単位 / 日（平成25年4月1日から加算対象）				
看護体制加算Ⅱ2	8単位 / 日（令和3年4月1日から加算対象）				
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13単位 / 月（令和3年11月1日から加算対象）				
排せつ支援加算（Ⅰ）	10単位 / 月（令和3年11月1日から加算対象）				
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50単位 / 月（令和3年11月1日から加算対象）				
ADL維持等加算（Ⅰ）	30単位 / 月（令和4年11月1日から加算対象）				
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46単位 / 日（令和4年12月1日から加算対象）				
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100単位 / 月（令和8年4月1日から加算対象）				
協力医療機関連携加算	50単位 / 月（令和8年4月1日から加算対象）				
①30日（1ヵ月）あたりの単位	22,633単位	24,733単位	26,983単位	29,113単位	31,183単位
② 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）【所定単位数の17.6%】R8.6.1～	3,983単位	4,353単位	4,749単位	5,124単位	5,488単位
③（①＋②）＝合計単位	26,616単位	29,086単位	31,732単位	34,237単位	36,671単位
④（③）×10.14地域区分（7級地）【利用者負担3割負担額】A 30日（1ヵ月）あたりの合計	80,967円	88,479円	96,528円	104,148円	111,552円

2. 上記以外の利用者の状況または施設のサービス体制に応じて算定（加算料金）

・初期加算 30単位/日（入居日から30日以内の期間） ・安全対策体制加算 20単位/回（入居時に1回を限度）	・栄養マネジメント強化加算 11 単位/日 ・認知症チームケア推進加算加算（Ⅰ）150単位/月（Ⅱ）120単位/月	・配置医師緊急時対応加算（通常時間外）325/回（早朝・夜間）650単位/回（深夜）1,300単位/回 ・特別通院送迎加算 598単位/月	・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（死亡日以前4日以上30日以下）144単位 / 日（死亡日前日及び前々日）680単位 / 日（死亡日）1,280単位 / 日
・外泊時費用加算 246単位/日（月6回を限度） ・療養食加算 6単位/回（1日3回を限度1食1回） ・自立支援促進加算 280単位 / 月	・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）10単位/月（Ⅱ）5単位/月 ・新興感染症等施設療養費 240単位 / 日（連続5日限度）	・退所時情報提供加算 250単位 / 回 ・退所時栄養情報連携加算 70単位 / 回 ・再入所時栄養連携加算 200単位 / 回	

* 入居者の状態及び施設のサービス体制の変化等により加算の対象及び金額が変わる場合があります。

3. 介護保険対象外サービス（所得段階に応じて以下の負担額となります ※市への申請が必要になります）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費・負担額（1日あたり）	300円	390円	680円	1,420円	1,800円
B 食費1ヵ月（30日あたり）	9,000円	11,700円	20,400円	42,600円	54,000円
居住費・負担額（1日あたり）	880円	880円	1,370円	1,470円	2,300円
C 居住費1ヵ月（30日あたり）	26,400円	26,400円	41,100円	44,100円	69,000円

* 利用者の所得により、食費と居住費の減額制度があります。

第1段階～第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

4. 利用者負担額合計（前記1,Aと3,B＋Cの合計/1ヶ月あたり）

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
利用者負担額 要介護1	116,367円	119,067円	142,467円	167,667円	203,967円
利用者負担額 要介護2	123,879円	126,579円	149,979円	175,179円	211,479円
利用者負担額 要介護3	131,928円	134,628円	158,028円	183,228円	219,528円
利用者負担額 要介護4	139,548円	142,248円	165,648円	190,848円	227,148円
利用者負担額 要介護5	146,952円	149,652円	173,052円	198,252円	234,552円

* 利用者負担金額合計は1ヶ月の目安であり、前記2項目の加算料金については含まれておりません

※入居者の状態及び施設のサービス体制の変化等により加算の対象及び金額が変わる場合があります。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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。

○居住費について

令和7年3月1日より居住費 2,300 円になります。

○地域区分について 7 級地 … 1 単位あたり 10.14 円

※【ご入居者負担金額について】

10.14 円乗じた計算となります。

☆ご契約者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いただく 1 日あたりの利用料金は、下記の通りです。

①入院日、外泊日の翌日から起算して 6 日間以内（ご入居者負担は 1 割または 2 割または 3 割負担）

外泊時費用	246 単位/日	入居者が病院等へ入院した場合や、居宅への外泊を認めた場合は、1 ヶ月に 6 日間を限度として、1 日あたり 246 単位を算定します。 (※入院、外泊初日・最終日を除く) 月をまたがる場合は 12 日間を限度とします。
-------	----------	--

②お部屋確保代 1 日 2,066 円 ご契約者の負担額となります。(入院日、外泊日の翌日からの請求)

※「介護保険負担限度額認定証」第 1 段階～第 3 段階の適用の方は、入院日・外出日の翌日から起算して 6 日間は外泊時費用算定期間で補足給付の対象となりますので 6 日以降からのお部屋確保代が発生します。

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。

【介護保険が適用されない利用料】(入居者の希望による)

項目	料金	内容
補食	100円 / 日	ご希望により、補食を提供した場合
理容・美容（移動美容室）	要した費用の実費	要した費用の実費（各種技術項目別料金あり）
レクリエーション・クラブ活動等	要した費用の実費	材料費等（ご利用者の希望により参加した場合）
外出レクリエーション	要した費用の実費	年に数回実施します。（ご利用者の希望により参加した場合）
電気製品持込料（1 個あたり 1 日）	30円 / 個	テレビなどの電化製品を持込みされた場合（1 台あたりの電気料として）
テレビリース料	100円 / 日	施設のテレビをご利用いただいた場合
寝巻き代（浴衣代）	2,000円 / 1 着	死後の着衣代（寝巻き・浴衣代）※令和6年4月1日から料金改定

※入居者が病院への受診が必要な時、原則的に付添は入居者のご家族にお願いしております。

※入居者個人の買い物等も自己負担となります。

※医療費・薬代は、各個人の利用に応じて自己負担となります。

※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負担いただく事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

※おむつ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。

6 利用料金のお支払方法（契約書第4条）

料金・費用は、月ごとに計算します。翌月15日前後に前月分の請求書を発行いたしますので、**27日までに**以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

（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。）

※利用料のお支払いについて

お支払い方法については、金融機関口座からの自動引落しの手続きをお願いしております。

手続き後、自動引落としになるまでに約3ヵ月程度お時間がかかります。

ア. 下記指定口座への振り込み

常陽銀行 水海道支店 普通預金 1642585

口座名義 社会福祉法人 ほほえみ会

理 事 長 平澤 雅男

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：ほとんどの金融機関

ウ. 止むを得ない場合における窓口での現金支払

※上記のア（振り込み）をする際、そのつど施設にお電話下さい。（TEL：0297-20-5525）

7 非常災害時の対策

非常時の対策	「雅荘 消防計画」に従い対応を行います。
避難訓練	消防計画に従い夜間・昼間を想定した避難・防災訓練を利用者と共に行います。
防災設備	消火器、スプリンクラー、避難階段滑り台、自動火災報知機誘導等、火災通報装置、非常放送設備カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。
消防計画等	常総地方広域市町村圏事務組合つくばみらい市消防署へ届け出しております。

8. 入居中の健康管理及び医療の提供について

入居中は、嘱託医による健康管理及び医療の提供を受けることができます。

また、下記協力医療機関における診療及び入院治療を受けることができます。

(但し、優先的な診察、入院を保証するものではありません。)

その他、医療に関する希望は嘱託医を通して受け付けます。

- | | |
|--------|---|
| ① 嘱託医 | 医師 (小嶋 秀治)・(西 明博) |
| 医療機関名称 | (協力医療機関) 医療法人 寛正会 水海道さくら病院 |
| 所在地 | 茨城県水海道森下町 4447 電話 : 0297-23-2223 |
| 診療科 | 内科・呼吸器科・外科・整形外科・泌尿器科・肛門科・放射線科・
リハビリテーション科・麻酔科・血液内科・消化器外科・腎臓内科・
内分泌科・人工透析科 |
| 診療日 | 週 2 回 (火曜日・木曜日) ※医師の都合により変更になる場合もあります。 |
-
- | | |
|------------|--|
| ② 協力歯科医療機関 | |
| 医療機関名称 | 医療法人社団 陵栄会 牛久デンタルクリニック 電話 029-870-2630 |
| 所在地 | 茨城県牛久市中央 3-34-3 シイナビル 1 階 |
| 診療科 | 訪問歯科診療 |

9. 施設を退居していただく場合 (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。従って、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、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居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又は要支援と判定された場合
- ② 事業所が解散した場合、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の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又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者からの退居の申し出があった場合 (詳細は以下 (1) をご参照ください)
- ⑥ 事業所からの退居の申し出を行った場合 (詳細は以下 (2) をご参照ください)

(1) ご契約者からの退居の申し出(中途解約・契約解除)(契約書第8条)

契約者の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退居を申し出ることができます。

その場合には、退居を希望する日の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、即時に契約を解約・解除し、施設を退居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 ご契約者が入院された場合
- ③ 当施設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
- ④ 当施設もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 当施設もしくはサービス従事者が故意又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
- ⑥ 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恐れがある場合において、当施設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居していただく場合(契約解除)(契約書第9条参照)

- ①ご契約者が、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ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、30日間の催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又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、又は著しい不信行為を行うことなどによって、契約をしがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ご契約者が継続して1ヵ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ご契約者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは医療機関に入院した場合

(3)円滑な退居のための援助

ご契約者が当施設を退居する場合には、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、円滑な退居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。

- ・病院もしくは診療所また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

10. 残置物引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いいたします。

入居契約が終了した後、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、「身元引受人」を定めていただきます。

当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、2週間以内に残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

11. 事故発生時の対応について

下記を基本に、「事故発生の防止及び発生時の対応指針」に基づき対応します。

- ① 事故発生直後は、救急搬送の要請など、ご契約者の生命・身体の安全を最優先に対応します。
- ② ご契約者の生命・身体の安全を確保した上で、速やかにご家族に対し事故の状況を連絡し、対応を協議します。
- ③ 事故の内容等によっては、市町村の担当課に報告します。

12. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受付

・苦情受付窓口（担当者） 介護支援専門員 田宮 大輔

電話番号 0297-20-5525

受付時間 日曜日～土曜日 9:00～18:00

また、苦情受付ボックス(ご意見箱)を設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

〇つくばみらい市介護福祉課 所在地 茨城県つくばみらい市福田 195

電話番号 0297-58-2111

○茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話番号 029-301-1565

13. 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、看護師、職員と連携のうえ、ご契約者からの聴取、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事業者又は従業員は、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當なく、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居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。

14. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場として快適性、安全性を保つため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

入居にあたり、以下のものは、止むを得ない場合を除き原則として持ち込むことができません。

刃物（包丁・ナイフ等）、火気（ライター・マッチ等）施設側でお預かりさせていただきます。

生き物（動物等）、生鮮食料品（生肉や生魚等）、その他危険性のあるもの

(2) 面会 面会時間 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

- 1※ 来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
- 2※ 感染症流行時期や体調不良の方は面会を控えていただく場合がございます。
- 3※ 感染対策の為、面会時間等に制限を設ける場合がございます。

(3) 外出・外泊

外出・外泊される場合は、事前にお申し出下さい。

(4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。ただし1食でも食した場合は、1日分をいただきます。

(5) 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必要があると認められる場合には、ご契約者の居室に立ち入り、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居者に対し、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。

(6) 喫煙

所定の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

1 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。但し、その賠償の発生について、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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 6. 当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、近い将来に死に至ることが予見される方に対し、その身体的・精神的苦痛、苦悩をできるだけ緩和し、死に至るまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしを営めることを目的として援助することであり、対象者の尊厳に充分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行うことである。

(看取り介護の視点)

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場にある家族の思いも錯綜することも普通の状態として考えられる。施設での看取り介護は、長年過ごした場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設は入居者または家族に対し以下の確認を事前に行い理解を得る。

- ・ 常勤医師の配置がないこと。
- ・ 医師、協力医療機関と連携を密にし、必要時は 24 時間の連絡体制を確保して必要に応じ健康上の管理等に対応すること。
- ・ 夜間は医療スタッフが不在で、看護師は緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制であること。
- ・ 病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護師が医師との連絡をとり判断すること。夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づき看護師と連絡をとって緊急対応を行なうこと。
- ・ 家族との 24 時間の連絡体制を確保していること。
- ・ 看取りの介護に対する家族の同意を得ること。

17. 第三者評価の実施について

項 目	内 容
実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

指定介護福祉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。

事業者

所在地 茨城県つくばみらい市福岡 1 1 9 9 番

名称 ユニット型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 雅荘
理 事 長 平澤 雅男

説明者職名 _____

氏名 _____

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。

【契約者】

入居者氏名 _____

住 所 _____

【利用者の身元引受人】

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____