

（介護老人福祉施設）  
特別養護老人ホーム志木瑞穂の森

【重要事項説明書】

令和 8 年 6 月 1 日現在

社会福祉法人さくら瑞穂会 特別養護老人ホーム志木瑞穂の森では、入居者に対して、介護老人福祉施設サービスを提供します。

施設の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 事業者の概要

- （１）法 人 名 社会福祉法人さくら瑞穂会
- （２）法人所在地 埼玉県志木市中宗岡三丁目 1 6 - 5 3
- （３）電 話 番 号 0 4 8 - 4 7 6 - 8 3 2 4
- （４）代表者氏名 理事長 穂 坂 邦 大
- （５）設立年月日 平成 2 5 年 6 月 1 8 日

2 特別養護老人ホーム志木瑞穂の森の概要

- （１）提供できるサービスの種類 介護老人福祉施設サービス
- （２）事業所の名称および所在地

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 施 設 名 称 | 特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森        |
| 所 在 地   | 志木市中宗岡三丁目 1 6 - 5 3     |
| 電 話 番 号 | 0 4 8 - 4 7 6 - 8 3 2 4 |
| 埼玉県指定番号 | 第 1 1 7 2 2 0 0 6 0 0 号 |

（３）施設の職員体制

|          |       | 常勤職員 | 非常勤職員 | 業 務 内 容       |
|----------|-------|------|-------|---------------|
| 管理者(施設長) |       | 1名   |       | 従業者の管理        |
| 医師       |       |      | 1名    | 診療、健康管理等      |
| 生活相談員    |       | 2名   |       | 生活上の相談援助等     |
| 看護職員     | 看護師   | 1名   | 1名    | 健康管理、衛生管理、看護等 |
|          | 准看護師  | 1名   | 1名    |               |
| 介護職員     | 介護福祉士 | 16名  | 3名    | 生活上必要とされる介護等  |
|          | 実務者資格 | 5名   |       |               |
|          | その他   | 22名  | 3名    |               |

|          |    |    |              |
|----------|----|----|--------------|
| 介護支援専門員  | 1名 | 1名 | ケアプランの作成等    |
| 管理栄養士    | 1名 |    | 栄養管理等        |
| 機能訓練指導員  | 1名 |    | 機能訓練等        |
| その他事務職員等 | 2名 |    | 一般事務、介護報酬請求等 |

#### (4) 施設の設備の概要

|     |           |                    |     |
|-----|-----------|--------------------|-----|
| 定 員 | 100名      | 共同生活室<br>(リビングルーム) | 10室 |
| 部 屋 | 個室100室    | 医 務 室              | 1室  |
| 浴 室 | 個浴室、機械浴室、 |                    |     |

### 3 提供サービスの種類・内容

#### (1) 居 室

居室は、すべて個室です。広さは、洗面を含みおよそ12㎡です。自宅で使用されていた家具類を持ち込むことができ、また、家族の方が泊まることもできます。

入居していただく居室は、入居者の心身状態等により、別途ご相談のうえ決定します。なお、入居後において、入居者の心身状態等の変化により居室を変更していただく場合があります。

#### (2) 食 事

朝 食            7：30～ 8：30

昼 食           12：00～13：00

夕 食           18：00～19：00

その他、おやつ、湯茶等のサービスがあります。

#### (3) 入 浴

週に最低2回入浴していただくことができます。入居者の身体状態等に応じて、特別浴又は清拭等になる場合があります。

#### (4) 介 護

施設サービス計画に沿って、次のような介護サービスを提供します。

入浴、排せつ、食事、体位交換、移動、着替え、整容、その他

#### (5) 健康管理

嘱託医（内科）による診療を月4回行います。

入居者の健康診断は年1回実施します。

#### (6) 機能訓練

入居者の心身状態に応じた個別の機能訓練を実施します。

(7) レクリエーション

季節ごとの行事やクラブ活動などを実施します。

(8) 生活相談

生活相談員が、介護以外の日常生活に関することなどの相談を受け、必要な支援を行います。

(9) 行政手続代行

市町村（保険者）に対する申請等の手続きを代行します。希望される場合は、職員にお申し出ください。手続きに要する実費は、入居者負担になります。

(10) その他のサービス

① 通院サービス

治療上必要な場合等には、通院サービスを行います。

② 理美容サービス

理美容サービスを実施します。費用は入居者負担になります。

③ その他のサービス

介護保険の対象とならないサービス等については、その都度相談のうえ提供させていただきます。

#### 4 利用料金

利用料金には、介護保険給付対象の「基本料金」「加算料金」と介護保険給付対象外の「その他の料金」があります。

- ・基本料金           ：1日の利用に要する介護度別のサービス費用です。  
                          1割（若しくは2割、3割）が入居者負担となります。
- ・加算料金           ：加算には必ず負担していただくものと、実施した場合に負担していただくものがあります。1割（若しくは2割、3割）が入居者負担となります。
- ・その他の料金       ：全額利用者負担になります。  
                          居住費、食費、日常消耗品費、理美容代（希望者）、その他

(1) 基本料金（介護保険給付対象額）

〔ユニット型介護福祉施設サービス費(I)<ユニット型個室>〕

(1日の利用に対する費用)

|      | 費用の額    | 入居者負担額 |        |        |
|------|---------|--------|--------|--------|
|      |         | 1割     | 2割     | 3割     |
| 要介護1 | 7,061円  | 706円   | 1,412円 | 2,118円 |
| 要介護2 | 7,799円  | 779円   | 1,559円 | 2,339円 |
| 要介護3 | 8,590円  | 859円   | 1,718円 | 2,577円 |
| 要介護4 | 9,338円  | 933円   | 1,867円 | 2,801円 |
| 要介護5 | 10,065円 | 1006円  | 2,013円 | 3,019円 |

(2) 加算料金（介護保険給付対象額）

(1日の利用に対する費用)

| 加算の種類     | 費用の額   | 利用者負担額 |      |        | 備 考                                                                                             |
|-----------|--------|--------|------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           |        | 1割     | 2割   | 3割     |                                                                                                 |
| 夜勤職員配置加算  | 189円   | 19円    | 38円  | 57円    | 夜間勤務をする職員の総数が基準を1以上上回っている場合に算定します。                                                              |
| 外泊時費用     | 2,592円 | 260円   | 519円 | 778円   | 入居者が、病院等に入院した場合、及び居宅における外泊をした場合に、1月につき6日間を限度に、基本料金に変えて加算されます。                                   |
| 初期加算      | 316円   | 32円    | 64円  | 95円    | 入居日から起算して30日に限り加算されます。また、30日を超える入院の後に再入居した場合も同様に加算されます。                                         |
| 経口維持加算(I) | 4,216円 | 422円   | 844円 | 1,265円 | 著しい摂食機能障害を有し造影撮影または内視鏡検査により誤嚥が認められる入所者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し特別な管理を行っている場合に、180日以内の期間に限り加算されます。 |

|                                                                            |                                          |                                       |                                          |                                          |                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 経口維持加算<br>(Ⅱ)                                                              | 1,054円                                   | 106円                                  | 211円                                     | 317円                                     | 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、特別な管理を行っている場合に、180日以内の期間に限り加算されます。※経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合には算定されません。                           |
| 口腔衛生<br>管理加算(Ⅰ)                                                            | 948円                                     | 95円                                   | 190円                                     | 285円                                     | 歯科衛生士が、入居者に対し口腔ケアを月2回以上行った場合に加算されます。                                                                                                   |
| 療養食加算                                                                      | 63円                                      | 7円                                    | 13円                                      | 19円                                      | 主治医による食事せんに基づき必要とされる療養食を提供した場合に加算されます。                                                                                                 |
| 看護体制加算<br>(Ⅰ)口                                                             | 42円                                      | 5円                                    | 9円                                       | 13円                                      | 常勤看護師を1名以上配置している場合に算定します。                                                                                                              |
| 看護体制加算<br>(Ⅱ)口                                                             | 84円                                      | 9円                                    | 17円                                      | 26円                                      | 病院若しくは診療所と24時間連絡できる体制を確保している場合に算定します。                                                                                                  |
| 個別機能訓練<br>加算                                                               | 126円                                     | 13円                                   | 25円                                      | 38円                                      | 専ら機能訓練の職務に従事する有資格者を配置している場合に算定します。                                                                                                     |
| 看取り介護加算<br>Ⅰ<br>①死亡日45日以上31日前以下<br>②死亡日以前4日以上30日以下<br>③死亡日の前日及び前々日<br>④死亡日 | ① 758円<br>②1,517円<br>③7,162円<br>④13,491円 | ① 76円<br>② 152円<br>③ 717円<br>④ 1,350円 | ① 152円<br>② 304円<br>③ 1,433円<br>④ 2,699円 | ① 228円<br>② 456円<br>③ 2,149円<br>④ 4,048円 | 配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保しており、看取りに関する指針を作成し、職員研修を行っている場合において、医師により、医学的見地から回復の見込みがないと判断された入居者に対し、当該施設内で死亡した場合に限り算定されます。 |
| 日常生活継続支<br>援加算                                                             | 484円                                     | 49円                                   | 97円                                      | 146円                                     | 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症であるものの占める割合が65%以上である場合に算定します。                           |

|                        |         |       |         |         |                                                                                                                                 |
|------------------------|---------|-------|---------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 科学的介護推進<br>体制加算（Ⅰ）     | 4 2 1 円 | 4 3 円 | 8 5 円   | 1 2 7 円 | 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、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、適切かつ有効に提供出来ていると算定されます。             |
| 科学的介護推進<br>体制加算（Ⅱ）     | 5 2 7 円 | 5 3 円 | 1 0 6 円 | 1 5 9 円 | 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の他、疾患の状況や服薬情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供に当たって、適切かつ有効に提供出来ていると算定されます。 |
| 生産性向上<br>推進体制<br>加算(Ⅱ) | 1 0 6 円 | 1 0 円 | 2 0 円   | 3 1 円   | ICT機器や介護ロボットの導入と継続的な業務改善により、サービスの質向上と職員の負担軽減を両立する事業所を評価する加算です。                                                                  |

※単位数に地域区分割合（４級地）10.54 を掛けた数が利用料（10 割）の数に 0.1 若しくは 0.2、0.3 を掛けたものが負担額（1 割、2 割、3 割）となります。

### （３）介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）

この加算は、介護職員の賃金の改善等を実施しているとして県知事に届け出た事業所が介護サービスを行った場合に算定します。

・・・・・・基本料金及び加算料金の17.6%相当分

(4) その他の料金（介護保険給付対象外・全額入居者負担）

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| ① 居住費（ユニット型個室）                                       | 2,400円/日 |
| *ただし、介護保険負担限度額認定証の提示があった場合には、当該認定証に記載されている額です。       |          |
| ② 外泊時居住費（入院等により外泊した場合の負担額）                           |          |
| *負担限度額認定により以下の通りとなります                                |          |
| なお、空床時のお部屋を短期入所生活介護（ショートステイ）で利用させていただく場合、居住費はいただきません |          |
| 利用者負担第1段階                                            | 2,400円/日 |
| 利用者負担第2段階                                            | 2,400円/日 |
| 利用者負担第3段階                                            | 2,400円/日 |
| 利用者負担第4段階（課税世帯）                                      | 2,400円/日 |
| ③ 食費（1日あたり）                                          | 1,780円/日 |
| *ただし、介護保険負担限度額認定証の提示があった場合には、当該認定証に記載されている額です。       |          |
| ④ 日用品費                                               | 25円/日    |
| *室内で使用するティッシュペーパー、ペーパータオル、口腔清潔用品等（その都度持参頂ける場合は不要）    |          |
| ⑤ 教養娯楽費                                              | 155円/日   |
| *個人が希望するコーヒー、ココア、紅茶等                                 |          |
| ⑥ 行事・クラブ活動参加費（希望者）                                   | 実費       |
| ⑦ 行政手続き代行費（希望者）                                      | 実費       |
| ⑧ 居室テレビ視聴費用（希望者）                                     | 30円/日    |
| *居室にテレビを持ち込みご覧いただく場合の電気代相当額。                         |          |
| ⑨ 理美容代（希望者）                                          | 実費       |
| *カット：2,150円、毛染めカット：7,300円など                          |          |
| ⑩ その他                                                | 実費       |
| *入居者の希望によって施設が提供するものに掛かる費用、インフルエンザ予防接種に係る費用など。       |          |

(5) 支払方法

毎月、15日までに前月分の利用料金を請求しますので、金融機関の口座振替にて同月28日までに事業所に支払います。

(6) 利用料金の変更

介護保険法の改正等により利用料金に変更になる場合は、事前に入居者又はその家族に説明し、同意を得ます。

## 5 入退居の手続

### (1) 入居手続

入居申込書と入所説明書にある必要書類を提出していただきます。

申し込み後、優先入所判定会議により入所が必要と判断された場合、入居の相談を進めさせていただきます。

入居と同時に利用契約を結び、サービスの提供を開始します。

### (2) 退居手続

#### ① 入居者の都合で退居される場合

退居を希望する日の7日前までにお申し出ください。

#### ② 入居者の要介護認定区分が、非該当（自立）、要支援1又は要支援2と認定された場合所定の期間の経過をもって退居していただきます。

#### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービス提供を終了いたします。

ア 入居者が他の介護保険施設に入所された場合・・・その翌日

イ 入居者が死亡された場合・・・・・・・・・・その翌日

#### ④ その他

次の各号に掲げる事由に該当した場合、入居者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、サービス提供を終了します。

ア 入居者が、サービス利用料金の支払いが正当な理由なく3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、その催告の日から15日間以内に支払われない場合

イ 入居者が病院又は診療所に入院し、明らかに3か月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3か月を経過しても退院できないことが明らかになった場合

ウ 入居者又はその家族等が、事業者若しくは従業者又は他の入居者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

エ やむを得ない事情により、施設を閉鎖又は縮小する場合

## 6 施設利用の留意事項

当施設の利用にあたって、施設に入居されているご入居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) 持ち込みについて

火器・刃物等の危険物につきましては持ち込みをご遠慮していただいております。また、食べ物の持ち込みに関して制限はございませんが、健康・衛生管理のため、必ず職員までお知らせください。

### (2) 面会

【面会時間】 9：00～17：00（緊急やむを得ない場合を除く）

ご面会を希望される場合は、1階事務所窓口にて入居者訪問表にご記入願います。

### (3) 外出・外泊

外出・外泊は自由ですが、食事の調整や、薬の準備等がございますので必ず事前にお申し出ください。また、体調不良等により中止をお願いする場合がございます。

### (4) 金品等について

金品等の持ち込みは、入居者の責任の範囲内でお願ひします。施設では紛失等の責任は負いかねますので、予めご了承ください。

### (5) 施設・設備の使用上の注意

- ① 居室及び共用設備等、施設をその本来の用途に従ってご利用下さい。
- ② 故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、設備、備品等を壊したり、汚したりした場合には、入居者の自己負担により原状に復していただくか、または、相当の代価をお支払いしていただく場合がございます。
- ③ 入居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認められる場合には、ご入居者の居室内に立ち入り必要な措置を取ることが出来るものとします。但し、その場合、入居者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。
- ④ 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、営利活動などを行うことは出来ません。

## 7 緊急時の対応方法

入居者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、家族に速やかに連絡します。

### (1) 嘱託医療機関

名称 こうじホームケアクリニック

所在地 埼玉県さいたま市浦和区木崎4丁目17-1 301号室

### (2) 協力医療機関

名称 TMG宗岡中央病院

所在地 埼玉県志木市上宗岡5丁目14-50

### (3) 協力歯科機関

名称 あいゆう歯科 和光診療所

所在地 和光市白子3丁目10-50 2階

## 8 事故発生時の対応

事故が発生した場合には、ご契約者やそのご家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

尚、事業者は下記の損害賠償保険に加入しております。

- ・保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保険名 介護保険 社会福祉事業者総合保険

## 9 非常災害対策について

消防法および関連法令に従い火災、地震、風水害等の非常災害における入居者の安全を確保するため「非常災害対策計画」を策定し、万全の体制を整えております。

## 10 虐待防止に関する事項について

施設は、入居者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための職員に対する研修を実施します。
- (2) 入居者及びその家族からの苦情対応体制の整備をします。
- (3) 虐待防止に関する責任者の選定及び措置を講じます。
- (4) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。

## 11 施設が提供するサービスについての相談窓口

施設が提供するサービスに関することにつきまして担当しますので、何なりとお申し出ください。

担当 生活相談員 大塚 貴子

電話 048-476-8324

FAX 048-476-8420

### 1 3 苦情等の窓口

#### (1) 当施設の苦情等の窓口（お客様苦情窓口）

当施設のサービスに関する苦情、意見、要望等につきましては、次の苦情受付担当者、第三者委員、苦情解決責任者のいずれかにお申し出ください。お申し出は、電話、FAX、郵送、口頭等をお願いします。

#### 〔苦情受付担当者〕

|     |       |       |
|-----|-------|-------|
| 事務課 | 事務担当  | 山崎 洋嗣 |
| 事務課 | 相談室担当 | 大塚 貴子 |
| 事務課 | 相談室担当 | 田中 義介 |
| 事務課 | 相談室担当 | 岩田 聡史 |

#### 〔第三者委員〕

|      |       |
|------|-------|
| 民生委員 | 抜井 俊氏 |
|------|-------|

|      |        |
|------|--------|
| 民生委員 | 渡邊 泰子氏 |
|------|--------|

|           |     |       |
|-----------|-----|-------|
| 〔苦情解決責任者〕 | 施設長 | 秋谷 忠良 |
|-----------|-----|-------|

電話 048-476-8324

FAX 048-476-8420

E-mail akiya@sakura-mizuhokai.or.jp

#### (2) その他の苦情等の窓口

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 志木市役所（高齢者ふれあい課） | 電話：048-473-1111 |
| 埼玉県国民健康保険団体連合会  | 電話：048-824-2568 |

※当施設は埼玉県福祉サービス第三者評価について今のところ実施する予定はありません。

介護老人福祉施設サービスの提供にあたり、入居者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しました。

令和 年 月 日

【事業者】

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 事業者名  | 社会福祉法人さくら瑞穂会      |
| 所在地   | 埼玉県志木市中宗岡三丁目16-53 |
| 代表者氏名 | 理事長 穂坂 邦大 (印)     |
| 説明者   | 特別養護老人ホーム 志木瑞穂の森  |
| 職名    |                   |
| 氏名    | (印)               |

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

【入居者】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

【代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

入居者との関係 \_\_\_\_\_