

介護老人福祉施設

重要事項説明書

社会福祉法人共生会

特別養護老人ホーム共生の家

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

あなた(利用者)に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人共生会
主たる事務所の所在地	〒349-0133 埼玉県蓮田市大字閨戸87-5
代表者(職名・氏名)	理事長 頓所 澄江
設立年月日	令和3年9月16日
電話番号	TEL 048-796-0965 / FAX 048-796-0985

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	特別養護老人ホーム共生の家
サービスの種類	介護老人福祉施設
事業所の所在地	〒349-0133 埼玉県蓮田市大字閨戸87-5
電話番号	TEL 048-796-0965 / FAX 048-796-0985
事業所番号	埼玉県 第1175700952号
利用定員	定員100人
面会時間	9:00~18:00 ※面会簿への記入をお願いします。

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 ・従業者は、利用者が可能な限り居宅における生活への復帰ができることを念頭に、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護、相談・援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行うものとします。 ・地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4. 提供するサービス及び設備の概要

(1) 基本サービス

- ①食事 〈朝食〉7:45～ 〈昼食〉12:00～ 〈夕食〉18:00～
- ②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、施設内移動の付き添い、相談等の精神的ケア、日常生活上の世話
- ③入浴 週に2回以上入浴可能です。特別浴又は清拭となる場合があります。
- ④機能訓練 利用者の心身の状況に応じて訓練を実施します。
- ⑤理髪 月2回、理髪サービスを実施しております。(料金は自己負担)
- ⑥レクリエーション 年間を通じて事業所内外との交流会等の行事を定期的に行います。

(2) 設備の概要

居 室	9ユニット 1ユニットの利用定員は1階12名 2・3階11名 全室に洗面設備を設けます。	
浴 室	12室	各ユニットに1室ずつあります。機械浴室が各階にあります。
共同生活室	9 室	各ユニットに1室ずつあります
医 務 室	1 室	利用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(1階にあります)
その他の設備	洗濯室・汚物処理室・介護材料室・調理室・相談室・面談室等を設けます。	

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1人
医師	1人(非常勤)
生活相談員	1人以上
看護職員	3人以上
介護職員	31人以上
機能訓練指導員	1人以上
栄養士	1人以上
事務職員	2人以上(兼務)
介護支援専門員	1人以上

6. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。

サービス利用にあたってご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員 山本 緑
管理責任者の氏名	管 理 者 赤坂 弘美

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 介護老人福祉施設の利用料

ア. 基本利用料(カッコ内は単位数)

【介護福祉施設サービス費(ユニット型個室)】

地域単価:10,27円

利用者の 要介護度	介護福祉施設サービス費(1日あたり)			
	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割又は2割又は3割)※(注2)参照		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	6,696円(652)	670円	1,340円	2,009円
要介護2	7,394円(720)	740円	1,479円	2,219円
要介護3	8,144円(793)	815円	1,629円	2,444円
要介護4	8,852円(862)	886円	1,771円	2,656円
要介護5	9,540円(929)	954円	1,908円	2,862円

(注1) 上記の基本利用料は、単位数×地域加算であり、厚生労働大臣が告示で定める金額です。これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。また、1割及び2割又は3割負担の基準については市町村が発行する「介護保険負担割合証」にてご確認ください。

(注2) 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。

②加算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

施設で算定する加算	加算の種類	加算の要件	加算額			
			基本利用料	利用者負担金		
				1割負担	2割負担	3割負担
☒	初期加算	入居した日から30日以内の期間。又は、30日を越える入院の場合	308円	31円	62円	93円
☒	外泊時加算	入院、又は、外泊した場合。 (原則6日ですが、月をまたぐ場合には最大12日まで)	2,526円	253円	506円	758円
☒	個別機能訓練加算(Ⅰ)	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を配置した場合(1日につき)	123円	13円	25円	37円
☐	個別機能訓練加算(Ⅱ)	個別機能訓練加算(Ⅰ)に加えて、計画等の内容を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。	205円/月	21円/月	41円/月	62円/月
☐	ADL維持等加算(Ⅰ)	・利用者(評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上である事 ・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(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できるものが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 ・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	308円/月	31円/月	62円/月	93円/月

		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				
☒	看護体制加算Ⅰ	当該加算の体制・人材要件を満たす場合(1日につき)	41円	5円	9円	13円
☒	看護体制加算Ⅱ	※それぞれの要件を満たした場合、加算Ⅰと加算Ⅱをそれぞれ算定できる。	82円	9円	17円	25円
☒	夜勤職員配置加算Ⅱ	最低基準を1以上上回る数の夜勤職員が配置されている場合(1日につき)	184円	19円	37円	56円
☐	排せつ支援加算(Ⅰ)	排せつに介護を要する入居者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて医師又は医師と連携した看護師が施設入居時等に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること。	102円/月	11円/月	21円/月	31円/月
☐	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	・入所者・利用者ごとの心身状況等(ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等)の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること ・サービスの提供に当たって入所者・利用者ごとの心身状況等の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること	410円/月	41円/月	82円/月	123円/月
☐	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	(Ⅰ)に加えて疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。	513円/月	52円/月	103円/月	154円/月
☐	口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科医師又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ケアに係る技術的助言及び指導を月2回以上実施した場合	924円/月	93円/月	185円/月	278円/月

☐	口腔衛生管理 加算(Ⅱ)	口腔衛生管理加算(Ⅰ)に加え、口腔衛生等の管理に係る計画等の内容を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施にあたって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。	1,129円 /月	113円 /月	226円 /月	339円 /月
☐	経口維持加算 Ⅰ	栄養ケアマネジメント加算を算定している者であって、経口より食事を摂取し、著しい摂食機能障害を有する誤嚥が認められる入居者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき月一回以上他職種の者が共同して観察・会議等を行い、入居者ごとに経口摂取維持の計画・管理を実施した場合	4,108円 /月	411円 /月	822円 /月	1,233円 /月
☐	褥瘡マネジメン ト加算(Ⅰ)	・入居者ごとの褥瘡発生リスクについて、施設入居時等に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること ・評価結果から、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、その管理内容や状態について定期的に記録していること。 ・評価に基づき、少なくとも3月に1回、入居者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。	30円/月	3円/月	6円/月	9円/月
☐	褥瘡マネジメ ント加算(Ⅱ)	・施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。	133円 /月	14円 /月	27円 /月	40円 /月

☐	再入所時栄養 連携加算	施設の入居者が医療機関に 入院し、施設入所時とは大き く異なる栄養管理が必要とな った場合で、施設の管理栄 養士が当該医療機関の栄養 食事指導に同席し、当該医 療機関の管理栄養士と相談 の上、栄養ケア計画を作成し た場合（1回のみ）	2,054円	206円	411円	617円
☒	療養食加算	厚生労働大臣が定める療養 食の提供が行われた場合 （1日につき3回を限度）	61円/回	7円 /回	13円 /回	19円 /回
☒	栄養マネジメン ト強化加算	・常勤の栄養士又は管理栄 養士を1名以上配置している こと（同一敷地内の介護保険 施設1施設までの兼務可） ・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（ミールラウ ンド）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等 を実施すること。 ・低栄養状態のリスクが低い 入所者にも、食事の際に変 化を把握し、問題がある場合 は、昇給に対応する事・入所 者ごとの栄養状態等の情報 を厚生労働省に提出し、継 続的な栄養管理の実施に当 たって、当該情報その他継 続的な栄養管理の適切かつ 有効な実施のために必要な 情報を活用していること。 （1日につ き）	112円	12円	23円	34円
☐	看取り加算（Ⅰ ）	・「人生の最終段階における 医療・ケアの決定プロセスに 関するガイドライン」等の内 容に沿った取り組みを行うこ と。 ・常勤看護師1名以上を配置 し、施設又は、病院等の看護 職員との連携による24時間	死亡日以前31日～45日以下			
			739円	74円	148円	222円
			死亡日以前4日～30日以下			

		の連絡体制を確保していること。 ・看取りに関する指針を定め、入居者又は家族等に説明し同意を得るとともに、看取りの実績を踏まえ適宜、看取りに関する指針の見直しを実施していること。 ・看取りに関する職員研修を実施していること。 ・医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断していること。 ・多職種が共同で作成した介護に関する計画について、入所者又は家族の同意を得ていること。 ・看取りに関する指針に基づき、多職種の相互の連携の下、介護記録等を活用し、入所者又は家族に説明している事。(1日につき)	1, 478円	148円	296円	444円
			死亡日以前2日又は3日			
			6, 983円	699円	1, 397円	2, 095円
			死亡日			
			13, 145円	1, 315円	2, 629円	3, 944円
☒	サービス提供体制強化加算Ⅱ	勤務する介護職員の総数に対して、介護福祉士を60%以上配置する場合（1日につき） ※(注4)	184円	19円	37円	56円
☐	日常生活継続支援加算Ⅱ	重度者等の積極的な受け入れを行い、算定要件(新規入所者の総数のうち、要介護度4若しくは要介護度5の者の占める割合が70%以上。又は、新規入所者の総数のうち、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢa以上の者の占める割合が65%以上)を満たす場合(1日につき) ※(注5)	472円	48円	95円	142円
☐	安全対策体制加算	外部の研修を受けた担当者の配置と、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている事（入所時に1回のみ）	205円	21円	41円	62円

☒	介護職員処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合（注6）	1ヶ月の利用料金 （基本部分 ＋ 各種加算減算） の8.3%	左記の基準に対し介護保険負担割合証に記載の割合に準じた額
☒	介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合（注6）	1ヶ月の利用料金 （基本部分 ＋ 各種加算減算） の2.3%	左記の基準に対し介護保険負担割合証に記載の割合に準じた額
☒	介護職員等ベースアップ等支援加算	当該加算の算定要件を満たす場合（注6）	1ヶ月の利用料金 （基本部分 ＋ 各種加算減算） の1.6%	左記の基準に対し介護保険負担割合証に記載の割合に準じた額

（注3）新規入居及び再入居時に算定し、期間は6か月以内に限りします。

（注5）当該加算の要件を満たさない場合、（注4）を算定します。

※上記金額の自己負担額については、1日または1回あたりの介護報酬単価数に地域単価数（10.27）を乗じ、その1割又は2割又は3割相当額を切り捨てて算出するため、ご利用回数等により変動がございます。

（注6）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（2）その他の費用

①「居住費」及び「食費」と特別なサービスの利用料

食費	ア 基本料金 1日につき1,780円。 （ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている額とします。） イ 利用者が選定する特別な食事に関する費用の額 予め利用者の選択により外食・外注食をされる場合は、当該額は提供毎の食事の価格とします。
居住費	ユニット型個室（1日につき） 2,550円 （ただし、介護保険負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている額とします。）
送迎サービス	遠方の医療機関通院の場合の送迎 100円/1km
理美容代	実費（カット代 1,700円）
複写サービス	サービス提供等の記録の複写物を必要とする場合（1頁11円）

電気代	個人使用の電化製品を持ち込み、使用する場合 (1品目1日につき) 55円
希望食	利用者の希望による、通常メニュー以外の食事の調理・提供を行った場合、実費をいただきます。
クラブ活動	利用者の希望により参加した場合、実費をいただきます。
行事参加費	行事に参加された場合、費用に応じた実費をいただきます。
健康管理費	インフルエンザ予防接種に係る費用等の実費をいただきます。
出納管理費	物品購入代や医療費等の施設立替えがある場合、事務管理に要する費(月額1,000円)
その他	日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの(利用者の希望により提供する日常生活上必要な身の回り品など)について、費用の実費をいただきます。

※前述の外泊時費用算定期間を超えた外泊又は入院期間の居住費は、減額の適用ができないため、帰園又は退院前日まで1日につき2,550円をご負担いただきます。
ただし、居室を短期入所生活介護(ショートステイ)で空床利用する場合があります。

8. 請求及び支払方法

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	ゆうちょ銀行の口座より引き落とします。(祝休日の場合は翌営業日となります)
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 金融機関:ゆうちょ銀行 ○二九店(029) 当座預金 口座番号0099877 口座名義:社会福祉法人共生会 フクキョウセイカイ ※振込手数料はご利用者様負担となります。

9. 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

10. 緊急時の対応方法

事業者は、下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

医療機関名称	医療法人社団鴻愛会 こうのす共生病院
所在地	〒365-0027 埼玉県鴻巣市上谷2073-1
電話番号	048-541-1131

医療機関名称	医療法人社団デンタルケアコミュニティ フォレストデンタルクリニック鴻巣
所在地	〒365-0039 埼玉県鴻巣市東2丁目1-8 1階
電話番号	048-511-6879

※緊急の場合、「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行い、事故の状況や事故に際してとった処置について記録、報告、説明し、被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

12. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用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します。また守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者の故意又は過失が認められた場合、あるいは利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して、減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

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

13. 苦情等相談窓口

※サービス提供に関する相談や苦情等については、次の窓口で対応します。

窓口担当者	山本 緑（介護支援専門員） 石井 和枝（生活相談員）
解決責任者	赤坂 弘美（特別養護老人ホーム共生の家 施設長）
受付時間	毎日 9時00分～18時00分
受付電話番号	048-796-0965

※次の公的窓口でも相談等を受け付けています。

蓮田市役所 介護保険課 〒349-0193 蓮田市大字黒浜2799番地1	電話 048-768-3111 (日、祝日、年末年始12月29日から1月3日を除く平日8時30分～17時15分、 土曜8時30分～12時)
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 〒338-0002 さいたま市中央区下落合1704 国保会館	電話 048-824-2568 土日、祝日は除く8時30分～17時

※第三者委員は、公正中立な立場で、苦情等を受け付け相談に応じていただけます。

増田 雅暢	元厚生省大臣官房政策調査官	048-769-3781
常見 淳	元介護施設 施設長	048-766-1622

14. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況について

・利用者アンケート調査、意見箱等、ご利用者の意見等を把握する取り組みの状況	あり
実施した年月日	なし
当該結果の開示状況	あり
・第三者による評価の実施状況	なし
実施した年月日	なし
実施した評価機関の名称	なし
当該結果の開示状況	なし

15. 法令遵守について

法人の事業が法令遵守により遂行されるよう、下記の通り責任者を置いております。

法令遵守最高責任者	社会福祉法人共生会 理事長 頓所 澄江
法令遵守責任者	社会福祉法人共生会 理事 後藤 耕佑
特別養護老人ホーム共生の家 法令遵守責任者	社会福祉法人共生会 特別養護老人ホーム共生の家 施設長 赤坂 弘美

16. 非常時災害対策

事業者は、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共に、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、定期的に利用者及び従業者等の訓練を行います。

17. 身体拘束の廃止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないこととします。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

18. 施設利用時の留意事項

(1) 共同生活の秩序を保ち、規律ある生活をお願いします。

(2) 施設内では指定場所において喫煙可能とし、その他の火気の取り扱いは、認めておりません。

(3) けんか、口論、泥酔、中傷その他、他人の迷惑となるような行為はご遠慮願います。

(4) 安全・衛生等管理上必要な指示にご協力願います。

(5) その他

- ・利用者から居室の変更希望の申し出や同居者とのトラブル、また心身の状況に変化があった場合は、居室の空き状況に応じて居室の変更を検討いたします。

- その際には、利用者やご家族等と協議の上で決定するものといたします。

- ・入居後において基本的にいつでもご家族と一緒に外出及び外泊ができます。事前に「外出・外泊届」をご提出ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 〒349-0133 埼玉県蓮田市大字閨戸87-5

名称

社会福祉法人 共生会

理事長

頓所 澄江

印

〈事業所〉

所在地 〒349-0133 埼玉県蓮田市大字閨戸87-5

名称

特別養護老人ホーム 共生の家

管理者 施設長

赤坂 弘美

印

説明者 生活相談員

印

私は、本書面により、事業者から指定介護老人福祉施設サービスについて重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

〈利用者〉

住 所

氏 名

印

〈身元引受人 ・ 代理人 （どちらかに○）〉

住 所

氏 名

印（続柄）