

特別養護老人ホームさくらの里

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
事業所番号 0771100385

当事業所はご契約に対して介護老人福祉施設入所者生活介護を提供します。事業所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とおり説明します。

◆◆◆ 目次 ◆◆◆

1	事業者	2
2	施設の概要	3
3	職員の配置状況及び職務内容	4
4	当施設が提供するサービスと利用料金	5～8
5	事故発生・緊急時の連絡及び報告並びに対応	8
6	苦情の受付	9
7	協力医療機関	10
8	非常災害時の対応	11
9	当施設利用の際に留意いただく事項	11

重要事項説明書

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生省令第 39 号第 4 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

西暦 2025 年 4 月 1 日現在

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 啓誠福祉会		
法人所在地	福島県田村郡小野町大字小野新町字団子田 36 番地 1		
法人種別	社会福祉法人		
代表者氏名	理事長 琴田 正彦		
施設の名称	特別養護老人ホームさくらの里		
施設の所在地	福島県田村市滝根町菅谷字大子堂 153 番 25		
施設長名	佐久間 裕		
電話番号	0247-61-7550	F A X 番号	0247-78-2728

2 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	事業者指定		入所定数
	指定年月日	指定番号	
特別養護老人ホーム	西暦 2018 年 11 月 1 日	0771100385	98 人
短期入所生活及び 介護予防短期入所生活介護	西暦 2018 年 11 月 1 日	0771100385	2 床 空床

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会福祉法人啓誠福祉会が開設する特別養護老人ホームさくらの里（以下「事業所」という。）が行う介護老人福祉施設入所者介護（以下「事業」という。）は、要介護状態の入所者が、可能な限りその施設において、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・日常生活の世話及び機能訓練を行い入所者の心身の機能の維持を図ることを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none">1. 事業所は、入所者に対し健全な環境のもと、高度な技術と資質を有する介護職員により処遇及び日常生活の提供と、入所者の意思及び人格を尊重した施設サービス（以下「施設サービス計画」という。）により適切なサービスの提供を図る。2. 事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村・その他の保健医療サービス・その他の福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
入所の受入基準・資格等	利用できる人は、次のいずれにも該当する方になります。 <ol style="list-style-type: none">① 原則要介護度（3～5）の認定を受けている方② 当施設の入所申込書により申し込みをされている方③ 当施設が開催する入所検討会により検討されている方 なお、入所は入所定員に欠員が生じたときに、③の入所検討会が決定した優先順位により調査を実施し、再度申込者の意思等を確認して決定する。

4 施設の概要

敷地	9,931 m ²
建物	構造 鉄骨造 ガルバリウム塗装鋼板葺 3階建
	延べ床面積 3,285 m ²
	利用定員 100名

(1) 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入所される居室は、原則として2人部屋もしくは4人部屋です。他の種類への入所を希望される場合は、その旨お申し出下さい。(ただし、ご契約の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

<特別養護老人ホーム>

居室の種類	室数	面積	一人当たり面積	備考
2人部屋	2室	30.40 m ²	15.2 m ²	多床室
4人部屋	24室	45.60 m ²	11.4 m ²	多床室
	室	m ²	m ²	

総床面積 339.14 m² 平均1人当たり床面積 11.69 m²

1人当たり床面積 11.4 m²～18.84 m²

☆ 居室の変更：ご契約者の心身の状況や、施設内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。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。

(2) 主な設備

施設の種類	数	面積	一人当たり面積
食堂兼 機能訓練室	2室	189.50 m ²	3.79 m ²
浴室	2室	22.33 m ²	
医務室	1室	13.69 m ²	

(注) 食堂の指定基準は、一人あたり 3 m²

5 職員数及び勤務内容(主たる職員)

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格	勤務内容
		常 勤		非常勤					
		専従	兼務	専従	兼務				
施設長	1		1			0.6	常勤 1	社会福祉主事 防火管理責任者	施設全般の 管理運営
生活相談員	2	1		1		1.72	1	社会福祉主事	利用者の生活全般 の相談及び援助
介護職員	38	36		2		37.5	31	介護福祉士 実務者研修 初任者研修 認知症基礎研修	利用者の生活介 護・援助
看護職員	7	3	2	2		4.5	3	看護師 准看護師	利用者の健康管理
機能訓練指導員	3	1		1	1	2.0	1	作業療法士 柔道整復師 看護師	利用者の機能維持 訓練
介護支援専門員	1	1				1	1	介護支援専門員	生活相談及び援助
医師	1			1			必要数	医師	入所者の診察
栄養士	1	1				1	1	管理栄養士	利用者の栄養管理

(注)上記の職員数は、常勤あるいは常勤換算をしたものです。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	労働時間
施設長	・日勤(9:00~18:00) ・半日(9:00~13:00)	週40時間
生活相談員 介護支援専門員 栄養士	・日勤(9:00~18:00) ・半日(9:00~13:00) ・早番(8:00~17:00)	週40時間
介護職員	・早番(6:00~15:00) ・遅番(10:00~19:00) ・日勤(8:00~17:00、9:00~18:00、10:00~19:00) ・夜勤(17:00~10:00) ・半日(9:00~13:00、14:00~18:00)	週40時間
看護職員	・日勤(8:00~17:00、9:00~18:00) ・半日(9:00~13:00、14:00~18:00)	週40時間
機能訓練指導員	・日勤(9:00~18:00) ・半日(9:00~13:00)	週40時間
医師	・医師は週1回回診します。	

7 料 金

<基本料金>

○ 施設利用料

(1日当たりの自己負担分)

区 分	多床室 1割 / 2割 / 3割
要介護 1	589円 / 1,178円 / 1,767円
要介護 2	659円 / 1,318円 / 1,977円
要介護 3	732円 / 1,464円 / 2,196円
要介護 4	802円 / 1,604円 / 2,406円
要介護 5	871円 / 1,742円 / 2,613円

※ 入院、外泊時は、1日あたり 246円となります。(6日間のみ算定。ただし、初日及び最終日は含みません。)

(1) 初期加算	1日あたり	30円/60円/90円 (入所日から30日間のみ)
(2) 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	1月あたり	10円/20円/30円
(3) 個別機能訓練加算 (Ⅰ)	1回あたり	12円/24円/36円
(4) 個別機能訓練加算 (Ⅱ)	1月あたり	20円/40円/60円
(5) 個別機能訓練加算 (Ⅲ)	1月あたり	20円/40円/60円
(6) ADL維持加算	1月あたり	60円/120円/180円
(7) 栄養マネジメント強化加算	1日あたり	11円/22円/33円
(8) 療養食加算	1食あたり	6円/12円/18円
(9) 夜勤職員配置加算Ⅰ	1日あたり	13円/26円/39円
(10) 口腔衛生管理加算	1月あたり	110円/220円/330円
(11) 経口維持加算 (Ⅰ)	1月あたり	400円/800円/1,200円
(12) 経口維持加算 (Ⅱ)	1月あたり	100円/200円/300円
(13) 経口移行加算	1日あたり	28円/56円/84円
(14) 褥瘡マネジメント強化加算	1月あたり	13円/26円/39円
(15) 看護体制加算 (Ⅰ)	1日あたり	4円/8円/12円
(16) 看護体制加算 (Ⅱ)	1日あたり	8円/16円/24円
(17) 排泄支援加算	1月あたり	20円/40円/60円
(18) 外泊時費用	1日あたり	246円/492円/738円
(19) 協力医療機関連携加算	1月あたり	100円/200円/300円
(20) 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	1月あたり	5円/10円/15円
(21) 新興感染症等施設療養費	1月あたり	240円/480円/720円
(22) 若年性認知症入所者受入れ加算	1日あたり	120円/240円/360円
(23) 認知症チームケア推進加算	1月あたり	150円/300円/450円
(24) サービス提供強化体制加算 (Ⅲ)	1日あたり	6円/12円/18円
(25) 科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	1月あたり	50円/100円/150円
(26) 自立支援促進加算	1月あたり	280円/560円/840円
(27) 安全対策体制加算	1月あたり	20円/40円/60円
(28) 退所前連携加算	1回あたり	500円/1,000円/1,500円
(29) 退所前訪問相談援助加算	1回あたり	460円/920円/1,380円
(30) 退所時相談援助加算	1回あたり	400円/800円/1,200円
(31) 退所時栄養情報連携加算	1回あたり	70円/140円/210円
(32) 退所時情報提供加算	1回あたり	250円/500円/750円
(33) 退所後訪問相談援助加算	1回あたり	460円/920円/1,380円
(34) 再入所時栄養連携医加算	1回あたり	200円/400円/600円

(35)介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

※介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）は、当月の総利用単位数に13.6%を乗じた金額の1割または2割または3割が利用者様の負担額となります。なお、その月によって介護職員等処遇改善加算の料金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な事項を記載した「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、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

<介護保険以外の料金>

- ① 電気代（1家電） 1日あたり 50円
※テレビ・ラジオを持参し視聴される方、携帯電話を持参し充電される方など。
- ② 口座振替手数料
地方銀行、信用金庫、信用組合、労働金庫、JAグループ 88円
ゆうちょ銀行・上記以外の金融機関 165円
- ③ 口座振込手数料 実費
- ④ 請求書発行手数料 200円
- ⑤ コピー代 白黒=1枚10円・カラー=1枚20円
- ⑥ 文書郵送料金 切手代
- ⑦ 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(市町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は、居住費・食費の負担が軽減されます。(1日当たり)

対 象 者		食 費	多床室居住費
第1段階	本人が生活保護受給者又は老齢福祉年金の受給者であって、預貯金額等の合計が1000万円以下（夫婦の場合は2000万円以下）の方	300円	0円
第2段階	本人の前年の合計所得額+年金収入額が80万円以下であって、預貯金額等の合計が650万円以下（夫婦の場合は1650万円以下）の方	390円	430円
第3段階①	本人の前年の合計所得額+年金収入額が80万円超120万円以下であって、預貯金額等の合計が550万円以下（夫婦の場合は1550万円以下）の方	650円	430円
第3段階②	本人の前年の合計所得額+年金収入額が120万円超であって、預貯金額等の合計が500万円以下（夫婦の場合は1500万円以下）の方	1,360円	430円
第4段階	上記以外の方	1,445円	915円

※ 食費の中に、お茶代、おやつ代が含まれます。

8 施設サービスの概要

(1) 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、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
居 室 の 提 供	<ul style="list-style-type: none"> ・2人部屋、4人部屋、それぞれの種類の部屋をご利用いただき、快適な日常生活を営むことができるよう居住環境に配慮します。
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 <p><食事時間> 朝食 7:00 ~ 8:00 昼食 12:00 ~ 13:00 夕食 17:00 ~ 18:00</p>
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・年間を通じて週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、特殊浴槽を用いての入浴も可能です。
離床、着替え、整容等	<ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため、できる限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援助します。 ・個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 ・寝具の消毒、シーツ交換は、随時確認し実施します。
機 能 訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員による入所者の状況に適合した機能訓練を行い、身体の機能の低下を防止するよう努めます。 ・当施設の保有する機能訓練器具 歩行補助平行棒・その他機能訓練用具
健 康 管 理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。協力医療機関を受診・通院の際には、施設職員が送迎・付き添いを行います。 <p>当施設の嘱託医師：公立小野町地方総合病院の医師 診察科：内科、外科、他</p>
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設では必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主な娯楽設備 大型テレビ ・主なレクリエーション行事（施設行事計画による） ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、入所者及びご家族の同意により代わりに行います。

(2) (1)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。

サービスの種類	内 容
理 容	<ul style="list-style-type: none"> ・出張による理容サービスを利用いただけます。

9 利用料

(1) 法定給付

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービス費の1割又は2割又は3割と居住費、食費の自己負担額の合算額)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ)

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
理 容 サ ー ビ ス	・理容サービス 1回あたり 理容業組合公定価格

(3) 入所者の選定により提供するもの

区 分	利 用 料
特別な飲食物及び特別な日常生活に要する費用で本人に負担頂くことが適当であるもの	・施設が提供する以外の清涼飲料水等 ・クラブ活動費用 ・日常生活品の購入代金 ・施設外活動時の費用 ・レクリエーション費用

★ 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、事前に変更の内容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。

10 契約者が病院等に入院された場合の対応について

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、以下のとおりです。

① 検査入院等、短期入院の場合

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13泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（1日あたり 246円）

② 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。

③ 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できるよう配慮致します。

④ 入院、外泊期間中においても居室がご契約者のために確保されている場合は、居住費をご負担いただきます。

<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。

11 事故発生・緊急時の連絡及び報告並びに対応

- (1) 当施設入所中に身体状況が急変した時や、介護事故等が発生した場合、下記に登録いただいた緊急連絡先に連絡及び報告をすると同時に、当施設協力病院公立小野町地方総合病院に緊急搬送します。

① 連絡先

(ふりがな)

氏名 _____ (年齢) _____ 歳 (続柄) _____

住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先及び電話番号 _____

② ①に登録されている方が不在の場合

(ふりがな)

氏名 _____ (年齢) _____ 歳 (続柄) _____

住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先及び電話番号 _____

③ ②に登録されている方が不在の場合

(ふりがな)

氏名 _____ (年齢) _____ 歳 (続柄) _____

住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

勤務先及び電話番号 _____

なお、緊急連絡は①に電話連絡しますが、もし、ご不在の場合はその他のどなたかに電話連絡します。

(2) 処理結果及び再発防止策の対応

処理結果、事故発生の原因及び再発防止策を策定し、担当課(保険者)へ速やかに報告します。

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 ご利用 相談室	窓口担当者	介護支援専門員 野呂 洋之 生活相談員 阿部 広澄 石塚 ひとみ
	責任者	施設長 佐久間 裕
	ご利用時間	毎日 午前9時～午後6時
	ご利用方法	電話 0247-61-7550 面接 随時 意見箱 施設内に設置

(2) 行政機関その他苦情受付機関

第三者委員会	委員名 住所・電話番号	遠藤 佳子 小野町大字小野新町字仲町 25 電話 0247-72-2058
	委員名 住所・電話番号	岡田 キヨ子 小野町大字小野新町字荒町 20 電話 0247-72-3257
田村市役所 保健福祉部 介護保険課 介護保険係	所在地 電話番号・FAX 受付時間	福島県田村市船引町船引字畑添 76 番地 2 電話 0247-82-1115 FAX 0247-82-6003 8:30 ~ 17:00
福島県 国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	福島市仲町 3 番 7 号 電話 024-523-2702 FAX 024-523-1041 8:30 ~ 17:00
福島県 社会福祉協議会	所在地 電話番号・FAX 受付時間	福島市渡利字七社宮 111 電話 024-523-1251 FAX 024-523-4477 8:30 ~ 17:00

13 協力医療機関

医療機関の名称	公立小野町地方総合病院
院長名	清野 義胤
所在地	福島県田村郡小野町大字小野新町字槻木内 6-2
電話番号	0247-72-3181
診療科	内科、外科、婦人科、整形外科、リウマチ科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、形成外科、こころの診療科
入院設備	有
救急指定の有無	有
契約の概要	有

・入所者が怪我や意識を失う等の緊急事態が発生した場合、当施設の協力病院である公立小野町地方総合病院へ搬送します。

14 協力歯科医療機関

医療機関の名称	J A 歯科診療所 きらら歯科医院
所在地	福島県田村市船引町今泉字鳥足 340-1
電話番号	0247-61-6755
診療科	歯科、歯科口腔外科、小児歯科
入院設備	無

15 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める計画及びマニュアルにのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	郡山地方広域消防組合田村消防署滝根分署を中心に、近隣住民の協力をもらいながら、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	別途定める計画及びマニュアルにのっとり、夜間及び昼間を想定した非難訓練を入所者の方も参加して実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	非常通報装置	あり
	自動火災報知機	あり	漏電火災報知器	あり
	誘導灯	あり	非常用電源	あり
	煙・熱探知機	あり		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届出日：西暦 2025 年 4 月 7 日			
	防火管理責任者：永山 未来			

16 当施設ご利用の際に留意いただく事項（書面による手続きを必要とする場合があります）

来訪・面会	来訪者は、必ずその都度職員に届け出て下さい。 来訪者が宿泊する場合には必ず許可を得て下さい。
外泊・外出	外泊・外出の際には、必ず行き先と施設へ帰る時間を、職員に申し出て下さい。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	敷地内は禁煙となります。 飲酒は、施設内の行事等で出す以外は原則としてできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室に立ち入らないようにして下さい。
現金等の管理	現金・貴金属等の管理は原則行いません。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
飼育活動	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りしております。

17 防犯対策

当施設では、防犯のため必要と思われる個所に防犯カメラを設置しています。画像内容は外部には漏らしません。

18 その他

- ① 成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用に対する支援等
これらの制度について利用希望等がある方はお申し出下さい。係員が説明いたします。
- ② 当施設以外の社会資源を知りたい方はお申し出下さい。

西暦 年 月 日

サービス提供の開始に際し、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 啓誠福祉会 特別養護老人ホーム さくらの里

説明者 職 _____ 氏名 _____ ⑩

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、サービスの提供開始に同意しました。

入所者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

保証人 住所 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 _____

電話番号 () _____