

介護老人福祉施設サービスに関する契約書別紙 兼 重要事項説明書

1. 担当者

氏名 平川 友里恵 連絡先 047-311-2100

2. サービス内容

ご利用場所	介護老人福祉施設 特別養護老人ホームひまわりの丘(従来型) 千葉県松戸市五香西5-19-8
介護保険指定番号	1271201053
ご利用可能設備	居室(個室10室・2人部屋2室・4人部屋9室) 医務室 静養室 浴室 食堂
介護サービス	「施設サービス計画(ケアプラン)」 に沿って、食事、着替え、排泄、移動の付き添いなどの介護を行います。
食事等	朝食 8時00分 頃 昼食 12時00分 頃 おやつ 15時00分 頃 夕食 18時00分 頃 原則として食堂にておとりにいただきます。
入浴	週2回以上 一般浴または特別浴 お客様の体調によりご利用いただけない、または清拭となる場合があります。
機能訓練	日常生活における生活リハビリを中心におこないます。
生活相談	生活相談員に、生活に関する相談ができます。
健康管理	年2回健康診断をおこないます。日程はその都度お知らせいたします。 週1回内科医師や歯科医師による診察や健康相談を受けることができます。
特別な食事の提供	医師の指示に基づく特別な食事を提供いたします。
理美容サービス	ご希望により理美容サービスが受けられます。ご希望の方はお申し出ください。※
行政手続き代行	年金・保険等の行政手続き代行をおこなっております。ご希望の方はお申し出ください。※
日常費用支払代行	介護以外の日常生活に係る諸経費の支払いを代行します。※
レクリエーション	季節に応じた年間行事等のレクリエーションを実施します。 内容によっては、参加費・材料費等が必要なものもあります。

※については別途費用がかかります。

3. 利用料金

(1)基本料金および加算料金

地域加算 5級地 10.45

基本料金		介護老人福祉施設							
		1日当たりの利用料金		1日当たりの自己負担					
時間	要介護度	単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
介護老人福祉施設 個室/多床室	介護1	589	6,155 円		616 円		1,231 円		1,847 円
	介護2	659	6,886 円		689 円		1,378 円		2,066 円
	介護3	732	7,649 円		765 円		1,530 円		2,295 円
	介護4	802	8,380 円		838 円		1,676 円		2,514 円
	介護5	871	9,101 円		911 円		1,821 円		2,731 円

減算

身体拘束廃止未実施減算	-10%
高齢者虐待防止措置未実施減算	-1%
業務継続計画未策定減算	-3%

加算

加算(1日につき)		利用料金		自己負担					
		単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
日常生活継続支援加算1		36	376 円		38 円		76 円		113 円
看護体制加算	(Ⅰ)口	4	41 円		5 円		9 円		13 円
	(Ⅱ)口	8	83 円		9 円		17 円		25 円
夜勤職員配置加算	(Ⅰ)イ	22	229 円		23 円		46 円		69 円
	(Ⅲ)イ	28	292 円		30 円		59 円		88 円
個別機能訓練加算(Ⅰ)		12	125 円		13 円		25 円		38 円
個別機能訓練加算(Ⅱ)		20	209 円		21 円		42 円		63 円
若年性認知症入所者受入加算		120	1,254 円		126 円		251 円		377 円
精神科医療養指導加算		5	52 円		6 円		11 円		16 円
入院・外泊時費用(月6日まで)		246	2,570 円		257 円		514 円		771 円
外泊時在宅サービス利用費用(月6日まで)		560	5,852 円		586 円		1,171 円		1,756 円
初期加算(30日まで)		30	313 円		32 円		63 円		94 円
安全対策体制加算		20	209 円		21 円		42 円		63 円
退所前訪問相談援助加算		460	4,807 円		481 円		962 円		1,443 円
退所後訪問相談援助加算		460	4,807 円		481 円		962 円		1,443 円
退所時相談援助加算		400	4,180 円		418 円		836 円		1,254 円
退所前連携加算		500	5,225 円		523 円		1,045 円		1,568 円
退所時情報提供加算		250	2,612 円		262 円		523 円		784 円
協力医療機関連携加算	(1)	50	522 円		53 円		105 円		157 円
	(2)	5	52 円		6 円		11 円		16 円
栄養マネジメント強化加算		11	114 円		12 円		23 円		35 円

経口移行加算	28	292 円	30 円	59 円	88 円		
療養食加算(1食につき)	6	62 円	7 円	13 円	19 円		
新興感染症等施設療養費	240	2,508 円	251 円	502 円	753 円		
配置医師 緊急時対応 加算	勤務 時間外	325	3,396 円	340 円	680 円	1,019 円	
	早朝 夜間	650	6,792 円	680 円	1,359 円	2,038 円	
	深夜	1300	13,585 円	1,359 円	2,717 円	4,076 円	
看取り介 護加算 (Ⅱ)	31日～45日前	72	752 円	76 円	151 円	226 円	
	4日～30日前	144	1,504 円	151 円	301 円	452 円	
	前日・前々日	780	8,151 円	816 円	1,631 円	2,446 円	
	死亡日	1580	16,511 円	1,652 円	3,303 円	4,954 円	
在宅復帰支援機能加算	10	104 円	11 円	21 円	32 円		
在宅・入所相互利用加算	40	418 円	42 円	84 円	126 円		
認知症専門 ケア加算	(Ⅰ)	3	31 円	4 円	7 円	10 円	
	(Ⅱ)	4	41 円	5 円	9 円	13 円	
認知症行動・心理症状緊急対応 加算(入所後7日まで)	200	2,090 円	209 円	418 円	627 円		
サービス提供 体制強化 加算	(Ⅰ)	22	229 円	23 円	46 円	69 円	
	(Ⅱ)	18	188 円	19 円	38 円	57 円	
	(Ⅲ)	6	62 円	7 円	13 円	19 円	
加算(1月につき)	利用料金		自己負担				
	単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%
科学的介護推進体制加算	(Ⅱ)	50	522 円	53 円	105 円	157 円	
生活機能向上 連携加算	(Ⅰ)	100	1,045 円	105 円	209 円	314 円	
	(Ⅱ)	200	2,090 円	209 円	418 円	627 円	
ADL維持 加算	(Ⅰ)	30	313 円	32 円	63 円	94 円	
	(Ⅱ)	60	627 円	63 円	126 円	189 円	
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	940 円	94 円	188 円	282 円		
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	1,149 円	115 円	230 円	345 円		
経口維持加算(Ⅰ)	400	4,180 円	418 円	836 円	1,254 円		
経口維持加算(Ⅱ)	100	1,045 円	105 円	209 円	314 円		
再入所時栄養連携加算	200	2,090 円	209 円	418 円	627 円		
協力医療機関 連携加算	(Ⅰ)	50	522 円	53 円	105 円	157 円	
	(Ⅱ)	5	52 円	6 円	11 円	16 円	
認知症チームケ ア推進加算	(Ⅰ)	150	1,567 円	157 円	314 円	471 円	
	(Ⅱ)	120	1,254 円	126 円	251 円	377 円	
自立支援促進加算	280	2,926 円	293 円	586 円	878 円		
特別通院送迎加算	594	6,207 円	621 円	1,242 円	1,863 円		
生産性向上推進体制加算	(1)	100	1,045 円	105 円	209 円	314 円	
	(2)	10	104 円	11 円	21 円	32 円	
高齢者施設等感 染対策向上加算	(Ⅰ)	10	104 円	11 円	21 円	32 円	
	(Ⅱ)	5	52 円	6 円	11 円	16 円	

～2024年5月31日まで

介護職員 処遇改善 加算	(Ⅰ)	所定単位数×83/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅱ)	所定単位数×60/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅲ)	所定単位数×33/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
介護職員等 特定処遇改善 加算	(Ⅰ)	所定単位数×27/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅱ)	所定単位数×23/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
介護職員等へスアツプ支援加算		所定単位数×16/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分

2024年6月1日～

介護職員等 処遇改善 加算	(Ⅰ)	所定単位数×140/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅱ)	所定単位数×136/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅲ)	所定単位数×113/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(Ⅳ)	所定単位数×90/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分

・上表では小数点以下を切り捨てて表示しています。精算時には、合計で生じる端数を切り捨てますので、円の位に誤差が生じることがあります。※適用される加算及び減算は個人によって異なります

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等の理由により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金(介護報酬額)をご負担いただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日松戸市の窓口へ提出しますと、7～9割の払い戻しを受けることができます。

施設サービス利用時の居住費及び食費の負担限度額(1日あたり)

利用者負担段階	対象者	居住費(滞在費)		食費
		従来型個室	多床室	
第1段階	○ 市町村民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給権者 ○ 生活保護受給者	320 (380) 円	0 円	300 円
第2段階	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円以下の方、かつ、預貯金等が単身で650万円(夫婦で1,650万円)以下	420 (480) 円	370 (430) 円	390 円
第3段階①	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が80万円超120万円以下の方、かつ、預貯金等が単身で550万円(夫婦で1,550万円)以下	820 (880) 円	370 (430) 円	650 円
第3段階②	世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む。)が市区町村民税非課税で、前年の合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額が120万円超の方、かつ、預貯金等が単身で500万円(夫婦で1,500万円)以下			1,360 円
第4段階	○ 上記以外の人	1171 (1231) 円	855 (915) 円	1,780 円

※()内は2024年8月より適用

※世帯の所得状況に応じて負担限度額が設定され、基準費用額との差額について補足給付を受けることができます。

(注)居住費につきましては、入院や外泊時においてもご負担いただきます。

(3)その他自己負担となるもの

	内容
食事代(基準額)	朝食 490円 昼食 700円 夕食 590円
特別な食事	基本メニュー以外の主食(ごはん等)をご希望により提供した場合には、別途料金をご負担いただきます。 粥ミキサー・パン 1食 50円 (いずれも税別)
嚥下調整食 栄養補助食品等	嚥下機能低下により水分ゼリー・トロミ剤・栄養補助食品を提供した場合、実費相当分をご負担いただきます。
所持金管理費用	1,000円/月 (税別)
要介護認定申請代行	500円/件 (税別)
標準負担額減額申請代行	300円/件 (税別)
高額介護サービス費 支給申請代行	1,000円/件 (税別)
その他行政等手続き代行	1,000円/件 (税別)
電化製品持ち込み費用 (コンセント接続品)	テレビ・電気毛布・冷蔵庫等 500円/月 (税別) その他の電化製品 300円/月 (税別)
その他個人に属する費用	別途料金がかかります。

(4)キャンセル料(食事代)

無料	前日17時まで
有料	上記時間を過ぎた場合、食事を召し上がらなくてもそれぞれの食事代をご負担いただきます。

(5)支払方法

当月のご利用分を翌月15日までにご請求いたします。

請求のあった月の25日までにお支払ください。

お支払は、口座引き落としまたは振込のいずれかの方法でお願いします。

口座引き落としの場合は当該月の20日に指定口座から引き落とされます。

なお、お振込の場合の手数料はご負担願います。

4. サービスのご利用について

(1)運営指針

施設サービス計画に基づき、居宅での生活への復帰を念頭に置き、お客様の能力に応じ出来る限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援いたします。

(2)施設利用のお約束

- 面会 : 原則として午前10時から午後5時です。時間外の面会のご希望については、ご相談下さい。
- 外出・外泊 : ご自由にできますが、食事や薬の関係がありますので、早めにお知らせ下さい。
- 飲酒・喫煙 : 普段の生活では、専門職が皆様の健康管理をさせていただきます。飲酒・喫煙については個人差があり、量によって健康を損なう恐れがありますので、希望の方はあらかじめご相談下さい。なお、居室内での喫煙はできませんので、指定の喫煙場所をお願いします。
- 設備・器具の利用 : 危険防止のため、職員に声をかけられてからご利用下さい。
- 金銭・貴重品の管理 : 必要以外のものはお持ちにならないようお願いいたします。ご依頼により、施設でお預かりすることもできます。
- 施設外での受診 : ご本人およびご家族がご希望になる医療機関であれば制限はありません。医療機関での受診の付き添い等をご家族をお願いします。尚、施設にて医療機関への受診等対応した場合には、別途費用がかかります。

(3)サービス提供にあたって

- ・当施設の職員は男性・女性いずれも勤務しております。状況により同性介護のご希望には沿えない場合もございますので、ご理解をお願いいたします。
- ・従業員への研修体制を整備し、施設内での研修に加え、施設外での研修にも積極的に参加しております。
- ・身体拘束は原則としておこないません。

(4)緊急時の対応について

お客様の容態に急変があった場合など緊急時には、協力病院に連絡する等必要な処置を講ずるとともに、ご家族様へ速やかにご連絡します。医療機関への受診の際は原則としてご家族様に付き添いをお願いします。

(5)非常災害対策

- 災害時の対応 : 職員が適切な避難誘導をおこないます。
- 防災設備 : 自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・非常食等
- 防災訓練 : 年3回以上実施
- 防火責任者 : 施設長

(6)サービスの終了

- ・お客様のご都合で退居される場合、退居を希望される日の6日前までにお申し出下さい。
- ・お客様のご都合でサービス利用を中止される場合の他、以下の場合は自動的にサービスの提供を終了します。
 - お客様が他の介護保険施設に入所された場合。
 - 要介護認定区分が要支援または非該当(自立)と認定された場合。
 - 要介護認定区分が要介護1または2と認定され、入居判定会議において特例入居の要件を満たさないと判定された場合。
 - お客様がお亡くなりになった場合。
- ・お客様やご家族等が当施設や当施設職員または他のお客様に対して、著しい迷惑行為、悪質な暴言・暴力・ハラスメント、サービスの提供を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、退居していただく場合がございます。
- ・ご利用料金のお支払いを1ヶ月以上遅延し料金のお支払いを催促したにも関わらず30日以内にお支払い頂けない場合、退居していただく場合がございます。
- ・お客様が病院等に入院し、3か月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後3か月経過しても退院できないことが明らかになった場合は、契約を終了させていただく場合がございます。なお、この場合、退院後に再入居を希望される場合はお申し出下さい。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し退居していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

5. 相談、要望、苦情、高齢虐待防止等の窓口

サービス内容に関する相談、要望、苦情等につきましては、以下へお申し付けください。

- (1) 当施設の相談・苦情担当
 - 電話番号 047-311-2100 (施設長・生活相談員・ケアマネージャー)
 - 受付時間 月曜日 ~ 土曜日 8時30分 ~ 17時30分
- (2) その他の相談・苦情窓口
 - 松戸市福祉長寿部 介護保険課 給付班 電話 047-366-7067
 - 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 電話 043-254-7428
 - 千葉県社会福祉協議会 運営適正化委員会 電話 043-246-0294

緊急連絡先			
第一連絡先	氏名		
	(続柄)	()	
	住所	〒	
	電話番号		
	携帯電話		
	メールアドレス		
第二連絡先	氏名		
	(続柄)	()	
	住所	〒	
	電話番号		
	携帯電話		
	メールアドレス		

※ご旅行等で連絡がつかなくなる場合には、事前にご連絡をお願いいたします。

<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>特別養護老人ホームひまわりの丘(従来型)の利用にあたり、利用者に対して、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。</p> <p>所在地 千葉県松戸市五香西5-19-8 名称 社会福祉法人 松栄会</p> <p>代表者 理事長 梶原 栄治</p> <p>説明者 _____ 平川 友里恵</p>	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>私は、契約書および本書面により、特別養護老人ホームひまわりの丘(従来型)についての重要事項の説明を受け、了承しました。</p> <p>入居者氏名 _____</p> <p>ご家族(代理人) 氏名 _____</p>
---	--