

ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木 ご案内

当事業所は、介護保険の指定を受けています。

つくば市指定 第0892000209号

当事業所が、あなたに説明する事項は次の通りです

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 愛信会
法人所在地	茨城県土浦市東若松町3378番地
電話番号	029-826-8888
代表者氏名	理事長 松本 好正

2. ご利用事業所

事業所の名称	ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木
事業所の所在地	つくば市上岩崎834
電話番号	029-875-6013
管理者	芥川 知己

3. 運営方針

当施設にあたっては、要介護状態と認定された利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って利用者ひとりひとりが、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう支援し、明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場にたち考え、利用者と同じ目の高さから援助することを基本と考えます。

また、地域に根ざした地域にオープンな施設づくりを目指します。

4. 居室等の概要

入所定員	29名
ユニット数	3ユニット
ユニット定員	
ひよりユニット	10名
なつめユニット	10名
あおばユニット	9名

各ベッドに見守りセンサー設置 ※起き上がり検知機能と在床管理機能により
ベッド上の利用者の状態を把握します。

5. 職員体制

職 種	常 勤	非常勤	勤 務 体 制
施設長	1	—	正規の勤務
生活相談員	1以上	—	正規の勤務
介護職員	10以上	0	早番・日勤・遅番 夜勤2名体制
看護職員	1以上	—	正規の勤務 夜間は緊急に備え自宅待機
機能訓練指導員	1以上	—	週2日の勤務
介護支援専門員	1以上	—	正規の勤務
医師	—	1以上	毎週1回の回診
管理栄養士	1以上	—	正規の勤務

*職種に応じ本体施設との兼務となります。

6. 利用料金とサービス内容

【ユニット型地域密着型介護老人福祉施設サービス費】(1日あたり)

区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本単位	682	753	828	901	971

(2) その他

日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46単位	日	利用者の重度化が一定以上の割合であると共に質の高いケアを提供する為に看護、介護職員の体制を整えた場合(体制によりいずれか1つ該当)
サービス提供体制加算(Ⅰ)	22単位	日	
サービス提供体制加算(Ⅱ)	18単位	日	
サービス提供体制加算(Ⅲ)	6単位	日	
看護体制加算(Ⅰ) イ	12単位	日	看護師又は看護職員により、医療ニーズに対応できる体制を整えた場合(体制により双方、またはいずれか該当)
看護体制加算(Ⅱ) イ	23単位	日	
夜間職員配置加算(Ⅱ)イ	46単位	日	夜間職員の配置を手厚くした体制を整えた場合
夜間職員配置加算(Ⅳ)イ	61単位	日	夜間、喀痰吸引等を実施できる体制を整えた場合
栄養マネジメント強化加算	11単位	日	多職種共同で計画的に栄養管理を行い、所定機関への情報提出等を行なった場合
栄養マネジメント未実施減算	▲14単位	日	計画的に栄養管理を行わない場合
療養食加算	6単位	回	医師の指示に基づく療養食を提供した場合(1日3回まで)
経口移行加算	28単位	日	経管栄養の方で医師の指示に基づき栄養管理する場合

経口維持加算（Ⅰ）	400単位	月	医師の指示に基づき多職種共同で維持計画し 管理栄養士により、栄養計画に基づく栄養管理 をした場合
再入所時栄養連携 加算	400単位	回	入院し再入所時と大きく異なる栄養管理が必 要となった場合
科学的介護推進体 制加算（Ⅰ）	40 単位	月	利用者の基本情報を所定機関に提出した場合
科学的介護推進体 制加算（Ⅱ）	50 単位	月	I に疾病の状況を加え、見直しが行われている 場合
口腔衛生管理加算 （Ⅰ）	90 単位	月	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が月 2 回 以上、口腔ケアの実施及び助言指導を実施して いる場合
口腔衛生管理加算 （Ⅱ）	110 単位	月	I の取り組みに加え所定機関へ情報提出をし ている場合
褥瘡マネジメント 加算（Ⅰ）	3 単位	月	褥瘡発生のリスクがある方へ計画的に管理を を行い、所定機関への報告を行った場合
褥瘡マネジメント 加算（Ⅱ）	13 単位	月	褥瘡発生のリスクがある方へ計画的に管理を 行うことで改善が見られ、所定機関へ報告を行 った場合
排せつ支援加算 （Ⅰ）	10 単位	月	医師と看護師の評価を行い、多職種が排泄に關 わる計画を策定実施し、所定機関へ報告した場 合
排せつ支援加算 （Ⅱ）	15 単位	月	I の取り組みにより一定の改善が見られた場 合
排せつ支援加算 （Ⅲ）	20 単位	月	I の取り組みにより II より高い改善が見られ た場合
生活機能向上連携 加算（Ⅰ）	100 単位	月	専門職の助言に基づき計画書の策定及び計画 的に機能訓練を実施した場合
生活機能向上連携 加算（Ⅱ）	200 単位	月	専門職の訪問により計画的に機能訓練を実施 した場合
個別機能訓練加算 （Ⅰ）	12単位	日	機能訓練指導員により計画的な訓練を実施し た場合
個別機能訓練加算 （Ⅱ）	20 単位	月	所定機関への情報提出により I と併算定
個別機能訓練加算 （Ⅲ）	20 単位	月	II を算定し、かつ栄養マネジメント強化加算を 算定することで II と併算定
ADL 維持等加算 （Ⅰ）	30 単位	月	所定のプロセスにより ADL 評価を報告し一 定の ADL 利得を得られた場合
ADL 維持等加算 （Ⅱ）	60 単位	月	所定のプロセスにより ADL 評価を報告し I より高い ADL 利得を得られた場合
自立支援促進加算	280 単位	月	医師の傘下により自立支援に向けた計画策定、 評価を行い所定機関に情報提出を行った場合
配置医師緊急時対 応加算	325単位 650単位 1300単位	回	配置医師の通常の勤務時間外の場合 早朝、夜間の場合 深夜の場合
安全対策体制加算	20 単位	回	外部の研修を受けた担当者を配置し組織的な 体制が整備されている場合（入居時 1 回のみ）

安全管理体制未実施減算	▲5 単位	日	組織的な体制整備がされていない場合
看取り介護加算(I)	72単位 114単位 680単位 1280単位	日	看取り介護を行った場合 死亡日45日前～31日前 死亡日30日前～4日前 死亡日前々日、前日 死亡日
看取り介護加算(II)	72単位 114単位 780単位 1580単位	1日	医療提供体制を整備し、施設内で実際に看取った場合 死亡日45日前～31日前 死亡日30日前～4日前 死亡日前々日、前日 死亡日
若年性認知症利用者受入加算	120単位	1日	若年性認知症の方を受けいれ、ニーズに応じたサービスを提供了場合
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200単位	1日	認知症の行動・心理症状により在宅生活が困難であると医師が判断した場合(利用日から7日を限度として)
初期助加算	30単位	1日	入所後1ヶ月にかかる加算
外泊時費用	246単位	1日	外泊・入院をした場合(月6日まで)
特別通院送迎加算	594単位	月	透析を要する入所者に対し1月12回以上、通院の送迎を行った場合
協力医療機関連携加算	100単位 5単位	月	要件を満たした協力医療機関との連携体制を構築するため情報共有を行う会議を定期的に開催を評価することを評価。
感染対策向上加算(I)	10単位	月	協定締結医療機関と新興感染症等に対する体制を確保し、協力医療機関と一般的な感染症の感染対策に関わる体制を整えており感染が発生した場合に実地指導を受けることを評価
感染対策向上加算(II)	5単位	月	感染が発生した場合に実地指導を受けることを評価
新興感染症等施設療養費	240単位	1日	厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に診療、入院等を行う医療機関を確保し、かつ適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合。月1回、連続する5日を限度。
在宅復帰支援機能加算	10単位	1日	在宅復帰支援者が一定以上であること共に在宅復帰に向けて居宅サービス等の調整をする機能を整えた場合
退所前・退所後訪問相談援助加算	460単位	1回	退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談した場合(各1回)
退所時相談援助加算	400単位	1回	退所時に生活上の相談をし、老人介護支援センター又は地域包括支援センターに医療福祉サービスに必要な情報を提供した場合
退所前連携加算	500単位	1回	指定居宅介護支援事業者の介護支援専門員と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの

			利用上必要な調整を行った場合
退所時情報提供加算	250 単位	1 回	医療機関へ退所する際に入居者情報を医療機関へ提供した場合
退所時栄養情報連携加算	70 単位	1 回	特別食を必要とする又は低栄養状態であるものの退所先の医療機関に対し管理栄養士が情報を提供した場合

- ※ 地域区分等に応じた加算が加わります。(つくば市5級地 1位あたり 10.45円)
- ※ 介護職員等処遇改善加算（I）としてサービス単位に対し 14%乗算が加わります。
- ※ 身体拘束について適正な評価、記録、廃止に向けた取り組みがなされていない場合、サービス単位数より 10%減算となります。
- ※ 高齢者虐待防止措置未実施の場合、サービス単位より 1%減算となります。
- ※ 業務継続計画未策定の場合、サービス単位より 3%減算となります。

(3) 居住費（保険給付対象外＝自己負担）

個室	日額
	2066円

*入院時外泊時においては月6日を限度にご負担頂きます。

(4) 食費（保険給付対象外＝自己負担）

日額	朝食	昼食	夕食
1445円	395円	630円	420円

※但し、居住費・食費について市町村より負担限度額認定を受けている場合は、認定証に記載している負担額になります。

(5) 保険給付対象外費用段階別料金

	所得の要件	預貯金の要件	居住費負担額	食費負担額
一段階	生活保護受給者 住民税非課税で老齢福祉年金受給者	要件なし 単身：1000万円以下 夫婦：2000万円以下	880円	300円
二段階	所得金額十課税年金収入額十非課税年金収入額が年間80万9000円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1650万円以下	880円	390円
三段階①	市民税世帯非課税者で本人の合計所得 金額十年金=120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1550万円以下	1370円	650円
三段階②	市民税世帯非課税者で本人の合計所得 金額十年金=120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1500万円以下	1370円	1360円
通常	市民税世帯課税者	個室	2066円	1445円

(6) 介護保険外サービス(保険給付対象外=自己負担)

オプションサービス	
理美容サービス（カットのみ）	1500円
買い物代行費 ・病気療養中・県外在住等により対応が困難。 ・嗜好品でない生活必需品の購入に限る。 ・買い物に関わる費用について金銭管理委託契約に基づく預り金からの支出が可能。	1000円/1回
貴重品管理手数料	1ヶ月 1500円
文書料 1	コピー1部 10円
文書料 2（証明書等）	1000円から
通信連絡費（当該施設の利用に関する請求領収書以外の物を希望に応じ送付、個別のケース記録を発行する場合等、生活保護受給者は費用免除）	110円（重量により異なる場合もあり）
レクリエーション・クラブ費	材料代等
選択による特別な食事	要した費用の実費
電気製品コンセント料 (冷蔵庫、TV 利用の場合)	1日 100円
通院・個人的な外出等に伴う付き添い費 (協力医療機関以外の場合)	1000円/1時間(30分未満切り捨て)
個人用郵便ポスト使用料	300円/月
医療費	要した実費 入所時採血：健診の一環となり自費 数十円～2,500円程度 (個別項目により金額は異なります)

◎ 支払い方法

お支払い方法は原則、口座振替になります。

ご利用月の翌月 10 日までに請求書を発行し、郵送いたします。

口座からの引き落としは、指定された口座からご利用月の翌月 27 日となります。.

引き落とし日が、土日祝祭日等の場合は休日が明けた日の引き落としになります。

※口座振替のお手続きの都合上、初回請求に間に合わない場合がございます。

その際、お手数ですが指定口座へ振り込みでお支払いをお願いします。

大変申し訳ございませんが振込手数料は、ご利用者の負担とさせていただきますのでご了承ください。

(7) 介護保険内サービス

介 護 保 険 内 サ ー ビ ス	
入 浴	適切な方法での週2回の入浴又は清拭を実施します。
排 泄 ①	心身の状況に応じて適切な方法により自立について必要な援助を実施します。
排 泄 ②	オムツ使用の方には、適時な交換の実施をします。
着替え・整容	心身の状況に応じて適切な方法により自立について必要な援助を実施します。
機能訓練等	心身の状況に応じて適切な方法により日常生活維持の訓練や機能減退防止訓練等を実施し、自立について必要な援助を実施します。
相談・援助	隨時お受けします。お気軽に声をかけて下さい。
申 請	行政機関等に対する手続きは代行できます。お気軽に声をかけて下さい。
健康管理	嘱託医の回診が週に1回あります。嘱託医や看護師等が必要に応じて適切な措置をとる事もあります。その場合には、必ずご家族様にご連絡いたします。

7. 協力医療機関等

当施設は、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力いただいております。

嘱託医

医療機関 つくばシティア内科クリニック
医師 松本 好正 医師 松本 雄太
住所 つくば市吾妻2-8-8シティアビル4F
電話番号 029-856-5500

協力医療機関

名称 筑波学園病院
住所 つくば市上横場2573-1
電話番号 029-836-1355

名称 つくば双愛病院
住所 つくば市高崎1008
電話番号 029-873-2511

名称 筑波記念病院
住所 つくば市要1187-299
電話番号 029-864-1212

協力歯科医療機関

名称 牛久デンタルクリニック
住所 牛久市中央3-34-3 シイナビル1F
電話番号 029-872-8114

名称 東光台歯科医院
住所 つくば市東光台2-1-11
電話番号 029-847-8148

名称 東光台トワ デンタルクリニック
住所 つくば市学園南2-8-3 つくばシティア・トワビル6F
電話番号 029-869-4023

8. 苦情受付

当事業所には、苦情申し立ての「ご利用者相談窓口」を設置しております。

ご利用者相談窓口 生活相談員 西口 浩輔 山田 直人

ご利用時間 午前9:00～午後5:30

ご利用方法 電話 029-875-6013

面接 午前9:00～午後5:30

ご意見B o × 常時設置しております。

苦情解決責任者・苦情受付担当者及び第三者委員に申し出下さい。

詳しくはパンレットを御覧下さい。

行政機関その他の苦情受付機関

つくば市役所 高齢福祉課 029-883-1111（代）

茨城県国民健康保険連合会 029-301-1565

9. (1) 緊急時の対応

- サービスの提供により事故等が発生した場合は、生じた損害について賠償する責任を負います。協力医療機関を含め、症状及び嘱託医の指示のもと受診を行います。また、緊急を要する場合においては、救急車等で搬送する場合があります。

(2) 事故後の対応

- 管理者は、発生した事故について速やかにご連絡と共に、誠意を持って対処し、事実関係確認後、必要に応じ契約損害保険会社、第三者委員会及び関係市町村へ連絡報告します。又、事故発生の原因究明と予防の検討を行い再発防止に努めます。

10. 非常災害時の対策

- 防災設備（スプリンクラー・自動火災報知機・屋内消火栓・消火器・誘導灯・防火扉、非常通報装置）
毎月1回の消防設備点検を実施しています。
- 訓練
防災訓練計画に基づき年2回の総合訓練と年数回の部分訓練を実施しています。部分訓練においては救急救命講習を取り入れております。又、訓練にあたっては地域住民との災害連携に努めています。

11. 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会時間を遵守してください。(8:00~20:00)
- ・面会時は面会簿への記帳を願います。
- ・外出、外泊の際は届出用紙に記入し、提出してください。
- ・施設内の施設、備品等は、本来の用途に従いご利用ください。
- ・用途以外の利用にて破損等を生じた場合は、賠償していただくことがあります。
- ・喫煙は決められた場所以外ではお断りします。
- ・個人的な飲酒はできるだけお控え下さい。(ご希望の場合は予めご相談下さい)
- ・騒音等、他の利用者に迷惑となる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の居室等へ立ち入らないように願います。
- ・多額な現金、高価な装飾品等の貴重品の持ち込みは、ご遠慮ください。(事情により金庫にて保管・お預かりいたします)
- ・施設内での宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
- ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮願います。(特別な事情がある場合は予めご相談下さい)

12. その他

(個人情報の使用)

法令及び厚労省等各種ガイドラインに遵守し、法人の基本方針を確立します。

- ・同意に基づき利用者及びご家族の知り得た情報について、必要な限度でその情報を用いることがあります。

13. 提供するサービスの評価について

当事業所においては以下の方法により、サービスの評価、質の向上に努めております。

- ・CS委員会：月1回開催
利用者・家族へのサービスアンケート、利用者懇談会等を通して提供するサービスの振り返りや質の向上の為の方策を検討実施する。
- ・苦情担当者会議：月1回開催
サービスに対する苦情や要望に対して具体的な改善、対応策等を検討実施する
- ・定期自主点検表等：随時
行政等の示す各種点検表を用いて提供サービスの確認を行う。
- ・サービス第三者評価：現在の実施 無
外部評価機関へ依頼し、事業所の提供するサービスについて評価を行う。

14. 情報開示について

介護保険法に定められた介護サービス情報公表システム、空所情報公表システムにより、以下の項目が茨城県（保健福祉部長寿福祉課）ホームページで閲覧できます。また、法人の経営状況等は法人ホームページ内で閲覧できます。

*申し出に応じてサービス提供にかかる介護・看護記録は施設内にて閲覧できます。

- ・事業者情報
- ・入所待機者状況
- ・サービス提供状況
- ・認知症に係る取り組み状況

15. 契約における取り扱いについて

(1) 入所者からの退所の申出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、入所者から施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 施設若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
- ② 施設若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ③ 施設若しくはサービス従事者が故意又は過失により入所者の身体・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
- ④ 他の入所者が入所者の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、施設側が適切な対応をとらない場合

(2) 施設からの申出により退所していただく場合

入所者及び契約者またはその関係者が以下の事項に該当する場合、施設から退所いただく場合があります。

- ① 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 サービス利用料金の支払いが正当な理由なく3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合
- ③ 故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者若しくは、他の入所者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合
- ④ 職員又は他の入所者等に対して、窃盗、暴行、暴言、威圧的な言動等の各種ハラスメント、誹謗中傷(SNS 含む)その他の利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合

- ⑤ 過度な要求（サービス範囲外の業務命令、繰り返しのクレーム等）
- ⑥ 長時間の拘束や時間外等の無理な対応の強要
- ⑦ その他、職員や他の利用者の尊厳を傷つけると認められる行為
- ⑧ 入所者が連續して3カ月病院又は診療所に入院すると見込まれる。若しくは入院した場合。ただし、契約を解除後に退院された場合には、再び施設に優先的に入所できるよう努めます。

利用同意書

ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木をご利用していただくに際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

名称：ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木
住所：つくば市上岩崎834

説明者： 印

ユニット型特別養護老人ホーム いちょうの木を利用するに際し、本書面に基づき重要事項の説明を受け、同意いたします。

当該施設の利用に関する請求領収書以外の物の送付、ケース記録の発行について希望有無

希望する 希望しない 生活保護受給中

令和 年 月 日

住所：

氏名： 印

ご案内

重要事項説明書



社会福祉法人 愛信会

ユニット型特別養護老人ホーム

いちょうの木