

特別養護老人ホームあすなろ 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な介護老人福祉サービスを提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1)提供できるサービスの地域

施設名	特別養護老人ホーム あすなろ
指定番号	【1271204115】
所在地	千葉県松戸市金ヶ作139番地10
管理者の氏名	小暮 信将
電話番号	047-311-7001
FAX番号	047-311-7171

(2)施設の従業者体制

職 種	従事するサービス種類、業務	人 員
管理者	業務の一元的な管理	1 名
医師	健康管理及び療養上の指導	1 名(非常勤)
生活相談員	生活相談及び指導	1 名以上(常勤)
介護支援専門員	個別計画等の作成	1 名以上(常勤)
介護職員	介護業務	20名以上(常勤)、非常勤必要数
看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能のチェック	2 名以上(常勤)
准看護師	及び指導、保健衛生管理	
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持のための指導	1 名(常勤)
栄養士(管理栄養士)	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1 名(常勤)
事務員	事務管理	2 名以上(常勤)

(3) 設備の概要

定員 50名

居室 50室(全室個室)

・入所者の居室は、ベッド・床頭台・ロッカー・カーテン(防炎)等を備品として備えます。

食堂 6室

・入所者が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、入所者が使用できるテーブル・いす・箸や食器類などの備品類を備えます。

浴室 7室

- ・浴室には入所者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介護者のための特殊浴槽を設けます。

洗面所及び便所

- ・各居室に洗面所や便所を設けます。

機能訓練室 1室

- ・入所者が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設け、目的に応じた機能訓練器具等を備えます。

医務室 1室

- ・入所者の診療・治療の為に医療法に規定する診療所を設け、入所者を診療するために必要な医薬品及び医療器具を備えます。

3. サービスの内容

(1) 基本サービス

- ① 食事 朝食 7：30～
昼食 11：30～
夕食 17：30～
- ②介護 食事等の介助、着替え介助、排泄介助、おむつ交換、体位変換、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 最低、週2回入浴可能です。特殊浴又は清拭となる場合があります。
- ④機能訓練 日常生活動作の維持・向上に向けて、入居者の状態に応じた機能訓練を日頃の生活の中で実施します。
- ⑤理容・美容 月1回、理容、美容サービスを実施しております。(料金は自己負担)

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該介護老人福祉施設のサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 基本料金

介護区分

要介護1	7,001円(670単位)
要介護2	7,733円(740単位)
要介護3	8,516円(815単位)
要介護4	9,258円(886単位)
要介護5	9,979円(955単位)

(2) 加算料金等

ア	看護体制加算 I	1日につき	62円(6単位)
	" II	1日につき	135円(13単位)
イ	個別機能訓練加算 I	1日につき	125円(12単位)
	" II	1月につき	209円(20単位)
	" III	1月につき	209円(20単位)
ウ	初期加算	1日につき	313円(30単位)
エ	退所時等相談援助加算		
	(退所前訪問相談援助加算)	1回につき	4,807円(460単位)
	(退所後訪問相談援助加算)	1回につき	4,807円(460単位)
	(退所時相談援助加算)	1回につき	4,180円(400単位)
	(退所前連携加算)	1回につき	5,225円(500単位)
	(退所時情報提供加算)	1回につき	2,612円(250単位)
オ	栄養マネジメント強化加算	1日につき	114円(11単位)
カ	経口移行加算	1日につき	292円(28単位)
キ	経口維持加算 I	1月につき	4,180円(400単位)
	" II	1月につき	1,045円(100単位)
ク	療養食加算	1食につき	62円(6単位)
ケ	入院・外泊時加算	1日につき	2,570円(246単位)
コ	夜勤職員配置加算 IIイ	1日につき	282円(27単位)
	" IVイ	1日につき	344円(33単位)
サ	日常生活継続支援加算	1日につき	480円(46単位)
シ	サービス提供体制強化加算 I	1日につき	229円(22単位)
	" II	1日につき	188円(18単位)
	" III	1日につき	62円(6単位)
ス	認知症行動・心理症状緊急対応加算	1日につき	2,090円(200単位)
セ	看取り介護加算 I		
	(死亡日以前 31 日以上 45 日以下)	1日につき	752円(72単位)
	(死亡日以前 4 日以上 30 日以下)	1日につき	1,504円(144単位)
	(死亡日以前 2 日又は 3 日)	1日につき	7,106円(680単位)
	(死亡日)	1日につき	13,376円(1,280単位)
	看取り介護加算 II		
	(死亡日以前 31 日以上 45 日以下)	1日につき	752円(72単位)
	(死亡日以前 4 日以上 30 日以下)	1日につき	1,504円(144単位)
	(死亡日以前 2 日又は 3 日)	1日につき	8,151円(780単位)
	(死亡日)	1日につき	16,511円(1,580単位)
ソ	自立支援促進加算	1月につき	3,135円(300単位)
タ	排せつ支援加算 I	1月につき	104円(10単位)
	" II	1月につき	156円(15単位)

	排せつ支援加算	Ⅲ	1月につき	209円(20単位)
	〃	Ⅳ	1月につき	1,045円(100単位)
チ	褥瘡マネジメント加算Ⅰ		1月につき	31円(3単位)
	〃	Ⅱ	1月につき	135円(13単位)
	〃	Ⅲ	1月につき	104円(10単位)
ツ	口腔衛生管理加算Ⅰ		1月につき	940円(90単位)
	〃	Ⅱ	1月につき	1,149円(110単位)
テ	ADL維持等加算Ⅰ		1月につき	313円(30単位)
	〃	Ⅱ	1月につき	627円(60単位)
ト	科学的介護推進加算Ⅰ		1月につき	418円(40単位)
	〃	Ⅱ	1月につき	522円(50単位)
ナ	若年性認知症入所者受入加算		1日につき	1,254円(120単位)
ニ	専従の常勤医師を配置している場合 の加算		1日につき	261円(25単位)
ヌ	精神科医師による療養指導が月2回 以上行われている場合の加算		1日につき	52円(5単位)
ネ	障害者生活支援体制加算Ⅰ		1日につき	271円(26単位)
	〃	Ⅱ	1日につき	428円(41単位)
ノ	外泊時在宅サービス利用費用		1日につき	5,852円(560単位)
ハ	再入所時栄養連携加算		1回につき	731円(70単位)
ヒ	協力医療機関連携加算 (相談・診療を行う体制を常時確保 し、緊急時に入院を受け入れる 体制を確保している協力医療機関と 連携している場合)		1月につき	522円(50単位) 1,045円(100単位) 令和7年3月31日まで
	(上記以外の協力医療機関と連携 している場合)		1月につき	52円(5単位)
フ	口腔衛生管理加算Ⅰ		1月につき	940円(90単位)
	〃	Ⅱ	1日につき	1,149円(110単位)
ヘ	特別通院送迎加算		1月につき	6,207円(594単位)
ホ	配置医師緊急時対応加算 (配置医師の勤務時間外の場合) (早朝・夜間の場合) (深夜の場合)		1回につき 1回につき 1回につき	3,396円(325単位) 6,792円(650単位) 13,585円(1,300単位)
マ	在宅復帰支援機能加算		1日につき	104円(10単位)
ミ	在宅・入所相互利用加算		1日につき	418円(40単位)
ム	認知症専門ケア加算Ⅰ		1日につき	31円(3単位)

	認知症専門ケア加算Ⅱ	1日につき	41円(4単位)
メ	認知症チームケア推進加算Ⅰ	1月につき	1,567円(150単位)
	〃 Ⅱ	1月につき	1,254円(120単位)
モ	生活機能向上連携加算Ⅰ	1月につき	1,045円(100単位)
	〃 Ⅱ	1月につき	2,090円(200単位)
	(個別機能訓練加算算定時)	1月につき	1,045円(100単位)
ヤ	安全対策体制加算	1回(入所初日)	209円(20単位)
ユ	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	1月につき	104円(10単位)
	〃 Ⅱ	1月につき	52円(5単位)
ヨ	新興感染症等施設療養費	1月につき	2,508円(240単位)
ラ	生産性向上推進体制加算Ⅰ	1月につき	1,045円(100単位)
	〃 Ⅱ	1月につき	104円(10単位)
(令和6年5月分まで)			
リ	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数×83/1,000
	〃 Ⅱ	1月につき	所定単位数×60/1,000
	〃 Ⅲ	1月につき	所定単位数×33/1,000
ル	介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	1月にきに	所定単位数×27/1,000
	〃 Ⅱ	1月につき	所定単位数×23/1,000
レ	介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	所定単位数×16/1,000
(令和6年6月分より)			
リ	介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	所定単位数×83/1,000
	〃 Ⅱ	1月につき	所定単位数×60/1,000
	〃 Ⅲ	1月につき	所定単位数×33/1,000

(3) 地域区分(5級地)

1単位=10.45円

(4) その他の費用

①「居住費」及び「食費」 一日あたりの金額

・ユニット型個室 居住費2,150円 食費1,640円

*介護負担額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

*入院期間中、または自宅等に外泊した期間中の居住費については、全額ご負担いただきます。

第4段階	2,150円
------	--------

・居住に要する費用

段階	1日当たり
第1段階	820円
第2段階	820円
第3段階	1,310円

・食事の提供に要する費用

段階	1日当たり
第1段階	300円

第2段階	390円
第3段階I	650円

第3段階II	1,360円
第4段階	1,640円

(5) 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」

サービス内容	利用料金
預り金管理費	3,000円 (全額自己負担)
日用用品費	1,000円 (全額自己負担)
送迎(協力病院以外)	500円(片道)
受診時付添	3時間まで2,000円 3時間超え・1時間に付き500円
夜間緊急受診対応後の職員の帰路に係る交通費	実費
外出時の付添 (近隣散歩は除きます)	1時間2,000円
外出時の駐車場、有料道路の費用	実費
理美容代	実費
電化製品持込費用 (1種類につき各費用負担があります)	テレビ・電気毛布・冷蔵庫 月500円 その他 月300円
行事・クラブ活動	材料費実費、経費がかかる場合実費
写真の交付	1枚50円
破損・汚損等修理 ※入所者の故意または過失の有無にかかわらず、施設内の器物を破損した場合には、修理・交換に係る費用をご負担いただきます。	要した費用の実費
定期的な診療日以外の診療、薬剤、その他治療に要する費用	医療保険本人負担額
外泊中の居室費 (入院を含む)	1日 2,150円

5. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 入所者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の従業者にご一報ください。
- (2) 入所者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業者に声をかけてください。
- (3) 施設内での金銭等のやり取りは、ご遠慮ください。
- (4) 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

施設では、非常災害その他緊急事態に備え、必要な設備を備えるとともに、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、年2回以上の入所者及び従業者等の訓練を行ないます。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 虐待防止について

利用者の人権の擁護・虐待防止等のために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者： 施設長 小暮 信将
- (2) 利用者及び事業所等からの連絡・通報を受けた際に、適切に対応するための体制整備を行います。
- (3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) 松戸市役所、常盤平地域包括支援センター、常盤平団地地域包括センター、警察等との虐待等における通報先との連携・協力を努めます。

9. 暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

- (1) 暴言・暴力・ハラスメントに対する組織・地域での適切な対応を図るとともに、法人内に責任者を選定しています。
ハラスメントに関する法人責任者： 施設長 小暮 信将
- (2) 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3) 暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、職員に対してあった場合には解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

【具体的な暴言・暴力・ハラスメントの例】

暴力又は乱暴な言動・殴る・蹴る・物を投げつける・刃物を向ける・怒鳴る・奇声や大声を発する など ハラスメント行為・不必要に体を触る 手を握る・腕を引っ張り抱きしめる・卑猥な画像や動画を繰り返し見せる など その他・職員や他者の個人情報を求める・ストーカー行為 など

10. 例外的な事項について

この重要事項説明書及び介護保険等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業所の協議により定めさせていただきます。

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には、ご家族、市町村および関係諸機関等への連絡を行なうなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行ないます。

12. 守秘義務に関する対策

施設及び従事者は、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持します。
また、退所後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

13. 入所者の尊厳

入所者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行ないます。

14. 身体拘束の禁止

原則として、入所者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざる得ない場合には事前に入所者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入所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。

15. 苦情相談窓口

* サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：生活相談員 澤野 るみ子

ご利用時間 : 月～金 8:30～17:30

ご利用方法 電話 : 047-311-7001

* 公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

松戸市 介護保険課

千葉県松戸市根本387番地5

電話番号：047-366-7370

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課

所在地：千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号

電話番号：043-254-7428

受付時間：9時00分～17時00分（土日、祝日を除く）

* 苦情処理第三者委員 氏名 忍足 安房 電話 047-385-7736

氏名 久保 せつ子 電話 047-384-2397

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

16. 協力医療機関等

施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力いただき、入所者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・ 協力医療機関

- ・ 名称 三和病院
- ・ 住所 松戸市日暮7丁目379番地
- ・ 名称 千葉西総合病院
- ・ 住所 松戸市金ヶ作107番地1

・ 協力歯科医療機関

- ・ 名称 やばしら歯科駅ビル診療所
- ・ 住所 松戸市日暮1丁目1番地2 新京成八柱ビル2F

◆緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

17. 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりご入所者様に生じた損害については、施設は、すみやかにその損害賠償をします。守秘義務に違反した場合にも同様とします。

ただし、損害の発生について、ご入所者様の故意又は過失が認められた場合には、ご入所者様のお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、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

18. 在宅の復帰について

当施設において、入所者の要介護度に明らかな改善が見られた場合には、入所者の居住地域や家族、介護者の協力体制、医療看護体制を勘案し、できる限り在宅への復帰をしていただきます。

19. 個人情報についての同意

必要な情報の提供

施設利用につき、生活介助または医学的管理を円滑に行うにあたり下記の情報を施設内にてまたは関係医療機関、介護保険事業所、福祉施設、行政機関、委託業者（食事、調剤薬局、洗濯）等に利用者またはその家族（代理人・後見人）の必要な情報を提供する事を了承致します。

施設利用中の情報

入退所時（他介護保険事務所、医療機関、福祉施設等への入所）の必要な情報提供

施設内での自室の表札、行事写真の掲示またはナースコール等の名前の記入等

往（受）診時の医療情報提供または介護保険情報等（家族への連絡先等含）

調剤薬局、食事外部委託業者への必要情報提供

入所中における利用者個人に対しての問い合わせ(電話)、面会等、個人情報を求める第三者に対しての同意

同意する場合は✓をつけてください。特定する場合は()内に指定してください。

1) 電話の取次ぎ(所在確認含)

家族 (_____)

親戚 (_____)

友人・知人 (_____)

金融機関 (_____)

その他 (_____)

2) 面会

- 家族 (_____)
- 親戚 (_____)
- 友人・知人 (_____)
- 金融機関 (_____)
- その他 (_____)

3) その他、人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難な場合、または行政機関から情報提供の申し出があった場合は、管理者の権限によって必要な個人情報を提供します。

令和 年 月 日

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、入所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交付しました。

<施設>

所在地 千葉県松戸市金ヶ作139番地10
施設名 特別養護老人ホーム あすなろ
指定番号【1271204115】

管理者名 施設長 小暮 信将 印

説明者 生活相談員 澤野 るみ子 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から介護老人福祉施設サービスについて重要事項説明を受け同意しました。また私及び私の家族の個人情報について個人情報保護規定に沿って必要な場合は情報を提供することに同意します。

<入所者>

住所_____

氏名_____印

<家族・代理人・後見人(選任した場合)>

私は利用者の代理人として、契約書及び、本書面により、事業者から介護老人福祉施設の説明を受けました。利用者に係る家族（代理人・後見人）の情報を必要時、提供することを同意いたします。

住所_____

氏名_____印（続柄 _____）