

特別養護老人ホーム からたち重要事項説明書

1・施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 043-312-3111（午前9時～17時30分まで）

担当 生活サポート課（生活相談員、介護支援専門員）

※ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2・法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 笑顔
代表者役職・氏名	理事長 櫻井 守
所在地	千葉県四街道市大日 595-1

3・特別養護老人ホームからたち概要

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホーム からたち
所在地	千葉県四街道市大日 595-1
介護保険指定番号	1273301471

(2) 運営の方針

- ①施設は、少数の居室及び当該居室に近接して設けられる共同生活室（以下「ユニット」という）ごとにおいて施設サービス計画に基づき、可能な限り入居前の居室における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて、入浴、排泄、食事等の介助、相談、社会的生活及び療養の援助、機能訓練、栄養管理、健康管理を行うことにより、入居者が相互に社会的関係を築きながら、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にすることを支援する。
- ②明るく家庭的な雰囲気の下、地域や家庭との結びつきを重視し、関係機関との連携強化に努め、関係法令や社会的ルールを順守し、積極的な情報開示と情報提供を行い開かれた施設を目指していく。
- ③職員の質の向上と専門性を高め、入居者の個性を尊重し、日常生活を安心、安全に送ることができるよう努める。

(3) 施設の整備の概要

敷 地		
建 物	構造	鉄筋コンクリート 3 階建て
	延べ床面積	4,244.21m ²
	利用定員	100 名

居室の種類	居室数	面積（1 人あたりの面積）	備 考
全室個室	100 室	11.83～14.86m ²	ナースコール設置

設 備	室 数	備 考
居室	100	ベッド、エアコン、洗面所等の備品を備えています
共同生活室	10	テーブル、椅子、テレビ等の備品を備えています。
ユニット交流室	5	2 ユニットに 1 室、テーブル、ソファ等の備品を備えています。
談話室	10	テーブル、椅子等を備えています。
トイレ	30	各ユニットに 3 室、使用しやすいように手すり等を設けています。
浴室	12	各ユニットに小浴槽を 1 室、2 階・3 階に機械浴槽を各 1 室、設けてあります。

(4) 施設の職員体制

職種	指定基準	常勤換算	業務内容
施設長	1 名	1 名	施設業務の統括
医師	必要数	必要数	健康維持管理
生活相談員	1 名以上	1 名以上	入居者の生活相談、連絡調整
介護支援専門員	1 名	1 名以上	施設サービス計画書の作成
介護職員	34 名	34 名以上	入居者の日常生活の援助・介助
看護職員	4 名	3.4 名以上	入居者の健康管理、診療の補助
機能訓練指導員	1 名	1 名以上	機能維持、減退防止の指導訓練
管理栄養士	1 名	1 名以上	食事業務全般、栄養指導
調理員	必要数	必要数	食事業務
事務職員	必要数	必要数	会計事務、庶務

4・サービス内容

(1) 施設サービス計画の立案

入居者の解決すべき課題を把握し、意向を踏まえた上で介護老人福祉サービスの目標及びその達成時期、サービス内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成します。

(2) 食事

①食事は、栄養並びに入居者の身体の状態及び嗜好を考慮したものを提供します。

②食事の時間は概ね次のとおりですが、開始時間については入居者の意向も確認します。

朝食 午前 8 : 00 ~

昼食 午後 12 : 00 ~

夕食 午後 18 : 00 ~

③食事は、原則としてユニット内フロア（共同生活室）で召し上がっていただきます。

④予め連絡があった場合は、衛生上又は管理上可能な一定時間、食事の取り置きをすることができます。

(3) 入浴

1 週間に 2 回以上、入浴の機会を提供します。ただし、入居者の病状により医師が入浴に適当でないと判断する場合には清拭を行います。

(4) 介護

①入居者の心身の状態に応じ、個人のプライバシーを尊重した上で、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

②寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。

③生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。

④個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。

(5) 機能訓練

入居者が日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するために、計画に基づいて訓練を行います。

(6) 生活相談

入居者の心身の状態、その置かれている環境等の的確な把握に努め、入居者及びご家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言や援助に努めます。

(7) 健康管理

①常に入居者の健康状況に注意し、日常における健康保持のための適切な措置に努めます。

②嘱託医師による週 1 回の診察日を設けて、健康管理に努めます。

③緊急かつ医療が必要な場合は、協力医療機関への通院等の援助を行います。

また、入院治療が必要な場合は、協力医療機関への入院の援助をいたします。

④年 1 回の健康診断を行います。

(8) 理美容サービス

週 1 回の理容師・美容師の訪問による理髪・美容を利用することができます。

※費用は自費負担とさせていただきます。

(9) 行政手続代行

行政機関への手続きが必要な場合は、入居者やご家族の状況によって代行いたします。

(10) レクリエーション、クラブ活動、行事

年間を通して各種の行事や施設外活動、クラブ活動を行います。入居者それぞれの趣味・生きがい等、役割を反映させる場面を作ります。

(11) 栄養ケアマネジメントの計画立案

①入居者の栄養状態に着目した栄養管理等を多職種協働により行います。

②必要な入居者には、経口摂取に移行するための栄養管理や療養食の提供を行います。

5・利用料金

(1) 介護保険法が定める法定料金【令和 6 年 8 月介護報酬改定】

①基本サービス料金（1 日あたりの自己負担）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
670 単位	740 単位	815 単位	886 単位	955 単位

②加算料金等（各種加算については、算定基準を満たしサービスを提供した場合のみ加算）

区 分	1 日あたりの 自己負担額	1 か月の自己負担額 (30 日計算)
日常生活継続支援加算（Ⅱ）	46 単位	1,380 単位
看護体制加算Ⅰ	4 単位	120 単位
看護体制加算Ⅱ	8 単位	240 単位
夜勤職員配置加算	18 単位	540 単位
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 単位	360 単位
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位／月	
個別機能訓練加算（Ⅲ）	20 単位／月	
若年性認知症入所者受入加算	120 単位	3,600 単位
専従常勤医師配置加算	25 単位	750 単位
精神科医師定期的療養指導加算	5 単位	150 単位
入院・外泊時（月に 6 日を限度）	246 単位	1,476 単位
初期加算（入居から 30 日限り）	30 単位	900 単位
特別通院送迎加算	594 単位／月	

協力医療機関連携加算(Ⅰ)	100 単位／月	
退所前後訪問相談援助加算 (1 回)	460 単位／回	
退所時相談援助加算 (1 回)	400 単位／回	
退所時栄養情報連携加算	70 単位／回	
退所前連携加算 (1 回)	500 単位／回	
栄養マネジメント強化加算	11 単位	330 単位
退所時情報提供加算 (1 人に 1 回)	250 単位／回	
再入所時栄養連携加算 (1 人に 1 回)	200 単位／回	
経口移行加算	28 単位	840 単位
経口維持加算Ⅰ	400 単位／月	
経口維持加算Ⅱ	100 単位／月	
口腔衛生管理加算 (Ⅰ)	90 単位／月	
口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	110 単位／月	
療養食加算	6 単位／回	
看取り介護加算(Ⅰ) ・ 死亡日 45 日前～31 日 ・ 死亡日 30 日前～4 日前 ・ 死亡日前々日、前日 ・ 死亡日	72 単位 144 単位 680 単位 1,280 単位	
看取り介護加算(Ⅱ) ・ 死亡日 45 日前～31 日 ・ 死亡日 30 日前～4 日前 ・ 死亡日前々日、前日 ・ 死亡日	72 単位 144 単位 780 単位 1,580 単位	
在宅復帰支援機能加算	10 単位	
在宅・入所相互利用加算	40 単位	
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3 単位	
認知症専門ケア加算 (Ⅱ)	4 単位	120 単位
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (入居から 7 日限度)	200 単位	1,400 単位
認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	150 単位／月	
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120 単位／月	
排泄支援加算 (Ⅰ)	10 単位／月	

排泄支援加算（Ⅱ）	15 単位／月	
排泄支援加算（Ⅲ）	20 単位／月	
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 単位／月	
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 単位／月	
配置医師緊急時対応加算	650 単位/回 1,300 単位/回	早朝・夜間の場合 深夜の場合
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位	660 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位	540 単位
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位	180 単位
生産向上推進体制加算（Ⅰ）	100 単位／月	
生産向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位／月	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位／月	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200 単位／月	
安全対策体制加算	20 単位／入所時に 1 回	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位／月	
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位／月	
新興感染症等施設療養費（1 月に 1 回連続する 5 日）	240 単位／日	
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位／月	
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 単位／月	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に 14.0% を乗じた単位数で算定	

※実際の利用金額は上記単位数に 10.45 を掛けた額の負担割合証の記載の通りです。

- (2) 所定料金（介護保険法で基本サービスとは別に入居者が自己負担することとされ、事業所ごとに入居者との契約に基づくものとされているもの）

①食事代

1 日あたり 1,600 円

※食事代については、所得に応じた下記減免措置があります。

通常 (第 4 段階以上)	介護保険負担限度額負担認定証に記載されている額		
	第 3 段階	第 2 段階	第 1 段階
1,600 円	①650 円 ②1,360 円	390 円	300 円

②居住費

1 日あたり 2,300 円

※居住費については、所得に応じた下記減免措置の制度があります。

通常 (第 4 段階以上)	介護保険負担限度額認定証に記載されている額		
	第 3 段階	第 2 段階	第 1 段階
2,300 円	① ②1,370 円	880 円	880 円

- ・入院・外泊時の居住費（お部屋代）は、入院日から 6 日間までは上記の居住費を頂き、7 日目以降は、居室確保費として一律 2,300 円の居住費（お部屋代）を徴収させていただきます。

③日常生活費

個別で必要とする物につきましては、入居者の方の実費負担となっておりますので、ご了承ください。ただし、オムツ代は施設サービス費に含まれております。

④個別サービス利用料金

サービス項目	サービス内容	料 金
理美容サービス	毎週 1 回、出張による理髪サービスをご利用いただけます。	実費負担
申請手続き代行料	ご希望に応じて、行政への各種申請手続きを入居者に代わって行います。	1 回 300 円
電気利用料	個別で持ち込まれる冷蔵庫・テレビ等	1 か月 1,500 円

※クラブ活動・レクリエーションに参加された際に、特別な実費を（材料代等）をいただく場合があります。

※その他、個別でご希望されたサービスについては、その都度実費をいただきます。

⑤追加的費用

追加費用	サービス内容	料 金
特別食	特別献立及び特別食材	実費負担

⑥文書料

サービス項目	サービス内容	料 金
コピー代	記録物をコピーした場合	1 枚 10 円

(3) 支払い方法

毎月 15 日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の 27 日までにお支払いください。お支払い確認後に領収証を発行いたします。

お支払い方法は、自動引き落とし、又は、口座振り込み等をご利用ください。

口座振り込みの際の手数料はご入居者のご負担となります。

6・入退居の手続き

(1) 入居手続き

お電話等でお問い合わせください。サービス内容、入居申込みの手続き及び必要書類等について説明いたします。申し込みされましたら、施設内の入居判定会議で検討させていただきます。

(2) 退居手続き

①入居者のご都合で退居される場合

退居を希望する日の 1 か月前までに文書にてお申し出ください。

② 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ・入居者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・入居者がお亡くなりになった場合

③ 次の事由に該当した場合は、介護保険の満了日をもってこの契約は終了します。

- ・介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護度認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合
- ・入居者が要介護認定の更新で要介護 1 もしくは 2 と認定された場合（ただし、市役所の特例入居の許可が出た場合を除く）

③その他

- ・入居者が病院又は診療所に入院し、明らかに 3 カ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後 3 カ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知の上、契約を終了させていただく場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入居を希望される場合は、お申込みください。
- ・入居者が、サービス利用料金の支払いを 3 カ月以上遅滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、または入居者やご家族などが当施設職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退居していただく場合がございます。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または短縮する場合、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。

7・施設利用にあたっての留意事項

(1) 面会

- ①面会時間は、午前8時30分から午後17時30分の間でお願いします。
- ②面会の際、面会簿に、氏名・入退館時間のご記入をお願いします。
- ③面会の際に、食品・物品・薬等を持参した場合は、必ず所属するユニットの職員にお声をお掛け下さい。

(2) 外出、外泊

外出・外泊する時は、食事や薬の準備がありますので、前日までに職員に届け出て下さい。

(3) 飲酒、喫煙

- ①アルコール・たばこにつきましては、医師・看護師が入居者の心身の状況等を判断した上で、決めさせていただきます。
 - ②酒類・たばこ・ライター（火気類）は、職員管理とさせていただきます。
 - ③所定場所以外での飲酒・喫煙（火気）は、お断りします。
- ※上記各号が守れない場合は、退居していただく場合がございますので、必ず職員に相談の上、お渡してください。

(4) 設備、器具の利用

施設内の居室・設備及び器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。
これに反し、入居者等により破損が生じた場合、賠償していただく場合があります。

(5) 所持品の持ち込み

- ①現金や貴重品のお持ち込みは、お断りしております。特別な事情がある場合は、ご相談ください。
- ②危険物の持ち込みについては、ご遠慮ください。
- ③持ち込みたい物がある場合は、職員へご相談ください。

(6) 施設外での受診

嘱託医師、協力医療機関の医師の指導ではなく、入居者の希望で他の医療機関を受診する場合は、ご家族の付き添いで受診をお願いします。また、受診結果・処方箋等については職員にご連絡ください。

(7) 施設内の禁止事項

- ①喧嘩・口論・泥酔等、他人に迷惑をかけること。
- ②政治活動・宗教・習慣等により、自己の利益のために他人の権利、自由を侵害したり、他人を攻撃したりすること。
- ③指定した場所以外で火気を用いること。
- ④指定場所以外での飲酒・喫煙をすること。
- ⑤故意に施設もしくは備品に損害を与え、又は無断で備品等を施設外へ持ち出すこと。

8・事故発生の防止及び発生時の対応

事故が発生した場合には、応急措置及び緊急受診等の必要な処置を講ずる他、ご家族に速やかに連絡いたします。

9・緊急時の対応方法

入居者の身体状況の急激な変化等があった場合は、医師に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

10・協力医療機関

医療機関	病院名及び所在地 電話番号	①佐倉中央病院 佐倉市栄町 20-4 043-486-1311 ②栗山中央病院 四街道市栗山 906 番地 1 043-421-0007 ③四街道徳洲会病院 四街道市吉岡 1830-1 043-214-0111 ④下志津病院 四街道市鹿渡 934-5 043-422-2511
歯科	病院名及び所在地 電話番号	さくらい歯科医院 四街道市鷹の台 2-35-5 043-237-7877

11・感染症対策

感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を策定し、対策委員会にて随時見直しします。

12・非常災害対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームからたち消防計画」に則り対応を行います。			
避難訓練及び 防災設備	別途定める「特別養護老人ホームからたち消防計画」に則り年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入居者の方も参加して行います。			
	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有	防火扉	有
	避難階段	有	屋内消火栓	有
	自動火災報知機	有	ガス漏れ探知機	有
	誘導灯	有	消火器	有

13・サービス内容に関する相談・苦情

①施設ご入居者相談・苦情受付

電 話 043-312-3111

F A X 043-312-0107

受付時間 月曜日～金曜日 午前 9：00～17：30

担 当 生活相談員、介護支援専門員

②当施設以外に、市町村、千葉県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当課 四街道市役所（高齢者支援課）

電 話 043-421-6128

担当課 千葉県国民健康保険団体連合会（介護保険課 苦情受付係）

電 話 043-254-7428

14・サービスに関する外部評価

当施設は社会福祉法第 78 条に基づく福祉サービス第三者評価を受審していません。

サービス提供者

【住所】 千葉県四街道市大日 595-1

【事業所名】 特別養護老人ホーム からたち

【説明者】 _____ 印 (職種)

からたちの利用にあたり、入居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ました。

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設についての重要事項の説明を受けました。

入居者名

【住所】 _____

【氏名】 _____ 印

「署名代行者」

身元保証人・連帯保証人・身元引受人（限度額 壹百萬圓）

※身元保証人は、入居者が退居するときの保証人とする

【住所】 _____

【氏名】 _____ 印（続柄： _____）

連帯保証人（限度額 壹百萬圓）

【住所】 _____

【氏名】 _____ 印（続柄： _____）

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日