

特別養護老人ホーム中郷記念館多床室型 重要事項説明書

<令和7年1月1日 現在>

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話 0438-97-2721 (代表)

0438-97-2720 (入所検討チーム直通)

* 午前8時30分～午後17時30分まで

担当 生活相談員 並木 明美

* ご不明な点は、相談員へおたずねください。

2. 特別養護老人ホーム中郷記念館 多床室型 の概要

(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中郷記念館多床室型
所在地	木更津市井尻951
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (千葉県1271100248号)
施設長	山田 博樹

(2) 職員体制

管理者	1名
医師	1名以上 (嘱託)
生活相談員	1名以上 (常勤専従)
管理栄養士	1名以上 (常勤兼務)
機能訓練指導員	1名以上
介護支援専門員	1名以上 (常勤専従)
介護職員	20名以上 (常勤換算)
看護職員	3名以上 (常勤換算)
事務職員	1名以上

ご利用者に対応する介護職員と看護職員の合計常勤換算配置数の比 3 対 1 以上

(3) 同施設の設備の概要

定員：1 特別養護老人ホーム 多床室型 50 名

2 短期入所生活介護 多床室型 9 名

1 室当たりの最大定員：4 名

ご利用者 1 人当たりの最小面積：8.925 m²

2 室あたりの最大定員：3 名

ご利用者 1 人あたりの最小面積：12.11 m²

食堂と機能訓練室の合計面積：318.29 m²

静養室：1 室

医務室：2 室

浴室：特別浴室（座位式および臥床式）、一般浴室

3. サービス内容

① 施設サービス計画の立案

ご利用者 1 人 1 人のニーズに応じた介護計画を作成します。アセスメントは、包括的自立支援プログラムを使用します。

② 食事提供

衛生的かつ安全で季節感のある献立を提供します。また、身体機能や病状に対応し機能食や療養食等を提供します。

③ 入浴提供

個々の機能に応じた入浴方法を提供します。また、入浴できないご利用者には、清拭を行い清潔維持に努めます。

④ 排泄介護

排尿・排便のサイクルを把握し、可能な限り自己排泄を推進します。

⑤ 口腔衛生の管理

ご利用者の状態に応じた口腔ケアを行い、口腔内の衛生保持に努めます。

⑥ 栄養管理

栄養状態の維持及び改善を図り、利用者の状態に合わせた栄養管理を行います。

⑦ 機能訓練

生活上のリハビリとして、できるところはなるべくご自分でしていただきます。

⑧ 生活相談援助

プライバシーへの配慮とご利用者の自主性を重んじつつ生活相談にあたります。

⑨ 健康管理

嘱託医の定期回診と看護職員等の健康観察をもって要注意者の早期発見に努めます。

⑩ 理美容サービス

理・美容師による理美容サービスが受けられます。（１回／月）

⑪ 行政手続代行

ご利用者に代わって、行政手続き等の事務手続きを行います。

⑫ 日常費用支払代行

ご利用者に代わって、日常費用等の支払手続きを行います

⑬ 所持金品保管

紛失を防ぎ、適正に管理を行います。

⑭ レクリエーション

楽しい施設生活をお送りいただくために、様々な行事やレクリエーション活動を行います。詳しくは事業計画書をご参照下さい。

⑮ 身体拘束廃止

ご利用者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。また、やむを得ず身体拘束を必要と判断したときには、ご利用者又は代理人の同意の基に行います。

⑯ 看取り介護

近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに

に、人生の最期まで尊厳ある生活を支援します。

4. 利用料金

(1) 基本料金

① 介護福祉施設サービス費 (1 単位あたり 10,270 円)

・介護福祉施設サービス費 (多床室)

サービス費につきましては、介護保険負担割合証に応じるものとします。

介護度	自己負担(単位/日)
要介護 1	589
要介護 2	659
要介護 3	732
要介護 4	802
要介護 5	871

・加算料金

福祉施設初期加算 1 日あたり 30 単位

(入所後 30 日間及び 30 日を超える病院の入院後に施設へ戻られた場合も再度 30 日間加算)

退所前訪問相談援助加算 2 回を上限として 1 回につき 460 単位

退所後訪問相談援助加算 1 回限り 460 単位

退所時相談援助加算 1 回限り 400 単位

退所前連携加算 1 回限り 500 単位

外泊時費用 1 日あたり 246 単位

(入院または外泊の翌日から当該月 6 日間 (当該入院または外泊が月をまたがる場合は最大 12 日間加算))

個別機能訓練加算Ⅰ 1 日あたり 12 単位

個別機能訓練加算Ⅱ 1 月あたり 20 単位

看護体制加算 (Ⅰ) イ 1 日あたり 6 単位

看護体制加算 (Ⅱ) イ 1 日あたり 13 単位

日常生活継続支援加算 1 日あたり 36 単位

夜間職員配置加算 (Ⅰ) イ 1 日あたり 22 単位

若年性認知症入所者受入加算	1 日あたり	1 2 0 単位
協力医療機関連携加算1	1 月あたり	1 0 0 単位
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	1 月あたり	5 0 単位
安全対策体制加算	入所初日	2 0 単位
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1 月あたり	1 0 単位
配置医師緊急時対応加算	1 回につき	6 5 0 単位(早朝・夜間) 1 3 0 0 単位(深夜)

看取り介護加算（Ⅰ） / （Ⅱ）（当施設では看取り介護体制を整えています）

○看取り介護加算 1 1日あたり 7 2 単位/ 7 2 単位

（お亡くなりになられた日以前 3 1 日以上 4 5 日以下に加算）

○看取り介護加算 2 1日あたり 1 4 4 単位/ 1 4 4 単位

（お亡くなりになられた日以前 4 日以上 3 0 日以下に加算）

○看取り介護加算 3 1日あたり 6 8 0 単位/ 7 8 0 単位

（お亡くなりになられた日の前日及び前々 日に加算）

○看取り介護加算 4 1日あたり 1 2 8 0 単位/ 1 5 8 0 単位

（お亡くなりになられた日に加算）

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 1 月あたり 所定単位数の 1 4 0 / 1 0 0 0

②居住費（多床室利用料金） 1 日あたり 9 1 5 円

③食費（食事提供費） 1 日あたり 1, 4 4 5 円

④事務手数料 1 月あたり 1, 5 0 0 円

日常生活に要する費用の取り扱い、及び預り金(通帳・印鑑)の出納管理

⑤その他 特別食（出前等）、行事参加費、理美容費（ボランティアを除く）等は別途料金がかかります。

* 入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

（２） 基本料金の減免措置

- ①旧措置者に対する減免
- ②食事の負担限度額認定による減免
- ③多床室の負担限度額認定による減免
- ④社会福祉法人による減免措置

(3) 支払方法

毎月、初旬に前月分の請求をいたします。所定の郵便口座より毎月 20 日に引き落とされます。前日までに口座への入金をお願いいたします。入金確認後、領収書の発行をします。

5. 入退所の手続き

(1) 入所手続き

- ①要介護 1 以上の認定を受けた方で、入所を希望される方は電話等でご相談ください。
- ②要介護 1 及び要介護 2 の認定を受けている方については、特例入所の要件を満たすことで入所可能となります。詳細は生活相談員にお尋ねください。
- ③入所が決定した場合、契約を締結しますが、契約の有効期間は要介護認定の期間と合わせます。但し、入所要件を満たせば、自動的に更新できます。詳細は、生活相談員にお尋ねください。

(2) 退所手続き

以下の場合には連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①他の介護保険施設等に入所した場合
- ②介護認定区分が、非該当又は要支援となった場合
- ③ご利用者の死亡又は被保険者資格を喪失した場合
- ④その他

- ・ご利用者のサービス利用料金の支払が、3ヶ月以上正当な理由なく遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず滞納となった場合
- ・ご利用者が病院または診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後おおむね3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合
- ・ご利用者・代理人またはその他ご家族が、施設・同職員又は他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ・やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合

6. (居室変更並びに空床利用)

- (1) ご利用者、代理人が希望する居室の変更については、施設と協議のうえ決定します。また、ご利用者・代理人は、施設が行うご利用者の心身の状態に応じての居室変更に合意します。
- (2) ご利用者が入院している間、ご利用者が施設で使用しているベッドを、施設が他の利用者のため短期入所生活介護に活用することに、ご利用者・代理人が文書にて同意する場合は、ご利用者・代理人は利用者負担金を支払う必要はありません。

7. サービス利用のために

- (1) 運営の方針等については事業計画書及び事業報告書をご参考ください。

- (2) 施設利用に当たりご注意ください事項

(面会) ご家族の面会は自由です。お時間は原則として8時30分から17時30分迄ですが、時間外になる場合は、予めご連絡くだされば対応いたします。また、風邪などが流行している時期については、御面会を制限させていただくこともありますのでご了承ください。

(外出、外泊) お正月・お盆等にはご家族と共に過ごされることを推奨しています。

外出等については事前に担当までご相談ください。

(飲酒、喫煙) 施設での飲酒・喫煙は限られた場所で可能です。但し、安全面を考慮してお酒やたばこ・ライター等は、職員が管理いたします。

(器具の使用) 施設内の設備及び器具については、自由にご利用になれますが、安全面を考慮して職員が立ち会うこともあります。

(金銭等管理) 金銭については、紛失等の事故を防止するために原則として施設事務所預かりと致します。出納状況については、希望時にいつでも閲覧できますので職員にご相談ください。また、定期的に出納状況については文書にてご報告させていただきます。

(宗教活動) 施設内で宗教活動や政治活動をされることは、ご遠慮いただきます。

(その他) 施設の秩序や風紀を乱す行為はご遠慮ください。

(喧嘩、泥酔、火気の使用、宗教活動、物品等の持ち出しなど。)

8. 緊急時の対応方法

施設は、ご利用者の健康状態が急変した場合、その他必要なときには、あらかじめ届けられた連絡先に

可能な限り速やかに連絡するとともに医師への連絡等必要な処置を行います。

9. 非常災害対策

- | | |
|-----------|---|
| ・防災時の対応 | ご利用者の安全を第1に職員が避難誘導いたします。 |
| ・防災設備及び訓練 | スプリンクラー、消火器、屋内消火栓等の機器の定期的な維持管理と使用方法の訓練並びに定期的な避難誘導訓練を行います。 |
| ・防火管理者 | 山田 博樹 |

10. 安全对策

介護事故の発生またはその再発を防ぐために必要な措置を講じるとともに、組織的な安全対策体制を整備します。

1 1. 虐待防止

ご利用者の尊厳を守るため、虐待を未然に防ぎ、早期発見・早期対応を行えるよう体制を整えるほか、権利擁護に取り組む活動を行います。

12. 衛生管理等について

衛生管理に関して必要な事項を定め、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のため、施設内の衛生管理を適切に行います。

1 3.業務継続計画について

大地震等の自然災害や感染症のまん延などをはじめとした突発的な環境の変化など不測の事態が発生しても、サービスの提供を中断させない、または中断せざるを得なくなった場合であっても可能な限り短い期間で復旧させるための体制を整えます。

14. サービス内容に関する相談・苦情

- ①当施設は、その提供したサービスに関するご利用者等からの苦情等を受け付ける

窓口及びその解決責任者を次のとおり設置し、苦情等に適切に対応するものとします。

苦情受付担当者 生活相談員 並木 明美 0438 (97) 2720

苦情解決責任者 施設長 山田 博樹 0438(97)2721

また、第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。

- ② 第三者委員も直接苦情を受け付けることができます。

第三者委員連絡先 監事 森 章 090 8725 9586

監事

石渡 正明 0438(25)4151

税理士法人新日本石渡会計事務所

③当施設以外に、次の行政機関等に対しても相談・苦情等を申し立てることができます。

木更津市役所福祉部介護保険課 0438(23)7111 (代表)

千葉県運営適正化委員会 043(246)0294

千葉県国民健康保険団体連合会 043(254)7428

15. その他

第三者評価実施及び結果の公表無し。

16. 当社の概要

名称 社会福祉法人かずさ萬燈会

代表者 理事長 渡邊 元貴

本部所在地 木更津市井尻951

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

(イ) 特別養護老人ホームの経営

(ロ) 軽費老人ホーム（ケアハウス）の経営

(ハ) 障害者支援施設の経営

(2) 第二種社会福祉事業

(イ) 老人デイサービスセンターの経営

(ロ) 老人短期入所施設の経営

(ハ) 老人居宅介護等事業の経営

(ニ) 障害福祉サービス事業の経営（パン製造業を含む）

(ホ) 一般相談支援事業の経営

(ヘ) 特定相談支援事業の経営

(ト) 障害児相談支援事業の経営

(チ) 地域活動支援センターの経営

- (又) 放課後児童健全育成事業の経営

令和 年 月 日

介護老人福祉施設入所にあたり、ご利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 千葉県木更津市井尻951

特別養護老人ホーム中郷記念館多床室型

管理者 施設長 山田 博樹 印

説明者 相談員 並木 明美 印

私は、契約書および本書面により、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。

(利用者) 住所

氏名 _____ 印 _____

(代理人) 住所

氏名 _____ 印 _____

(ご利用者との続柄：)

なお、以下連帯保証人は上記契約条項に則り、本人及び代理人とともに本契約の債務履行に関して極度額1,310,000円の範囲内で連帯保証する。

(連帯保証人) 住所

氏名 _____ 印

(ご利用者との続柄： _____)