

介護老人福祉施設重要事項説明書

(令和 7 年 8 月 12 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

※受付時間は原則、月～金の下記時間

電 話 0 4 7 9 - 7 7 - 1 3 3 1 (午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分まで)

担 当 生活相談員 金坂 浩二

ご不明な点がございましたら、なんでもお尋ね下さい。

2 特別養護老人ホーム 芝山苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 施 設 名 | 特別養護老人ホーム 芝山苑 |
| 所 在 地 | 千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷 1 3 3 7 - 1 |
| 介護保険指定番号 | 介護老人福祉施設 (千葉県 1 2 7 6 5 0 0 0 4 6 号) |

(2) 施設の職員体制

| | | | |
|-----------|----------|---------|------------|
| 管理者 (施設長) | 1 名 | 医師 | 1 名 (非常勤) |
| 生活相談員 | 1 名 (兼務) | 介護支援専門員 | 1 名 (兼務) |
| 看護師 | 1 名以上 | 介護職員 | 2 0 名以上 |
| 栄養士 | 1 名 | 機能訓練指導員 | 1 名以上 (兼務) |
| 事務員 | 3 名以上 | 調理師 | 委託業務 |

(3) 施設の概要

| | | | | |
|-----|-------|---------------------------------------|-------|---------|
| 定 員 | | 6 0 名 | 静 養 室 | 1 室 2 床 |
| 居 室 | 4 人部屋 | 1 5 室 (1 室 4 5 . 3 5 m ²) | 医 務 室 | 1 室 |
| | 個 室 | 1 0 室 (1 室 1 4 . 9 6 m ²) | 食 堂 | 1 室 |
| 浴 室 | | 一般浴槽と特殊浴槽があります。 | 機能訓練室 | 1 室 |
| | | | 面 談 室 | 1 室 |

3 基本サービス内容

- ① 施設サービス計画の作成 ②食事 ③入浴 ④介護 ⑤機能訓練 ⑥生活相談
⑦レクリエーション等 ⑧年金等の事務手続き代行 ⑨健康管理 ⑩理美容サービス ⑪特別食の提供等

4 利用料金

(1) 基本料金

①食費・居住費

| 食 費（１日） | | ※食費の自己負担について １日 1600 円とする。ただし、 負担限度額認定証を受けている。 場合は認定証に記載されている 負担額となります。 | |
|-------------|----------|---|---|
| 利用者負担 1 段階 | 300 円 | | |
| 利用者負担 2 段階 | 390 円 | | |
| 利用者負担 3 段階① | 650 円 | | |
| 利用者負担 3 段階② | 1,360 円 | | |
| 利用者負担 4 段階 | 1,600 円 | | |
| 居住費（１日） | | | ※居住費の自己負担について １日 1070 円とする。ただし、負担 限度額認定証を受けている場合は 認定証に記載している負担額とし ます。 |
| 利用者負担段階 | 従来型個室の場合 | 多床室の場合 | |
| 利用者負担 1 段階 | 380 円 | 0 円 | |
| 利用者負担 2 段階 | 480 円 | 430 円 | |
| 利用者負担 3 段階 | 880 円 | 430 円 | |
| 利用者負担 4 段階 | 1,600 円 | 1,070 円 | |

※入院時・外泊時においても居室を確保している場合は居住費を徴収させていただきます。ただし、外泊時費用算定時は通常の負担限度額をそれ以外の期間は 950 円の負担となります。

※空床ショートステイ利用時、入所されている利用者様のご家族へ連絡の上、ショートステイ利用致します。

尚、空床ショート利用時は入院時居室代 950 円のご負担はございません。

1. サービス利用料金

① 介護福祉施設サービス費

| 一日の自己負担額 (円/日) | | |
|----------------|-------|-------|
| 要介護度 | 従来型個室 | 多床室 |
| 要介護 1 | 589 円 | 589 円 |
| 要介護 2 | 659 円 | 659 円 |
| 要介護 3 | 732 円 | 732 円 |
| 要介護 4 | 802 円 | 802 円 |
| 要介護 5 | 871 円 | 871 円 |

令和 6 年 4 月 1 日以降

②加算料金

| 一日の自己負担 (円/日) | | |
|----------------|-----------|--|
| 外泊時費用 | 246 円 | 入院時及び居宅への外泊時 (月 6 日まで) |
| 初期加算 | 30 円 | 入所日より 30 日以内又 30 日以上入院後の再入所も同様 |
| 療養食加算 | 6 円(1 回) | 療養食を提供した場合(一食あたり) |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 円 | 施設に管理栄養士を配置していること |
| 低栄養リスク改善加算 | 300 円 (月) | 低栄養状態の入居者に対し栄養計画を策定・管理した場合 |
| 再入所時栄養連携加算 | 400 一回 | 退院してくる再入所に対し、管理栄養士が病院の管理栄養士と連携し計画を策定した場合 |
| 看護体制加算 (I) | 4 円 | 常勤の看護師 1 名以上配置していること |
| 看護体制加算 (II) | 8 円 | 看護師を入所者数 25 名又は端数が増すごとに 1 名以上配置 |
| 科学的介護推進体制加算 I | 40 月 | 利用者の心身の情報を厚労省に報告し、情報の活用を行う |
| 科学的介護推進体制加算 II | 50 月 | 科学的介護推進体制加算 I に加え疾病の情報の活用を行う |

| | | |
|--------------------|---------|---|
| ADL 維持加算 I | 30 月 | Barthel Index で評価し、厚労省に情報提供を行う |
| ADL 維持加算 II | 60 月 | ADL 維持加算を行い、ADL 利得を平均した値が 1 以上 |
| 自立支援促進加算 | 300 月 | 医師の意見を貰い、多職種協働により定期的に支援計画を策定しケアを行う。また、厚労省への情報提供、活用を行う |
| 若年性認知症入所者受入れ加算 | 120 円 | 若年性認知症と診断を受けた方を個別に担当者を決め受入れる |
| 経口移行加算 | 28 円 | 経口摂取に移行するための栄養管理を行った場合 |
| 経口維持加算 (I) | 400 円 | 著しい摂取機能障害があり内視鏡検査により誤嚥が認められる方へ経口維持計画を作成した場合 |
| 経口維持加算 (II) | 100 円 | 摂取機能障害により誤嚥が認められる方へ経口維持計画を作成した場合 |
| 看取り介護加算 (I) | 72 日 | 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 |
| 看取り介護加算 (II) | 144 円 | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 |
| 看取り介護加算 (III) | 680 円 | 死亡日以前 2 日又は 3 日 |
| 看取り介護加算 (IV) | 1,280 円 | 死亡 |
| 日常生活継続支援加算 | 36 円 | 要介護 4～5 が 70%・日常生活自立度Ⅲ以上 65%等の場合 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | 22 円 | 介護福祉士が 80%以上、または 10 年勤続の介護福祉士が 35%以上 |
| サービス提供体制強化加算 (II) | 18 円 | 介護福祉士が 60%以上配置されている。 |
| サービス提供体制強化加算 (III) | 6 円 | 介護福祉士が 50%以上、または常勤職員が 75%以上。 |
| 介護職員処遇改善費 (I) | 14 % | 加算に必要な条件をすべて満たしている場合。 *所定単位数より算定。 |
| 介護職員処遇改善費 (II) | 13.6 % | (II) の加算条件を満たしている場合。 *所定単位数より算定。 |
| 介護職員処遇改善費 (III) | 11.3 % | (III) の加算条件を満たしている場合。 *所定単位数より算定 |
| 介護職員処遇改善費 (IV) | 9.0 % | (IV) の加算条件を満たしている場合。 *所定単位数より算定 |
| 認知症・心理症状緊急対応加算 | 200 円 | 医師が、認知症の行動・心理症状が認められたため、在宅での生活が困難であり、緊急に介護福祉施設サービスを行なう必要があると判断した者に対し、介護福祉施設サービス行なった場合（入所日から起算して 7 日を限度） |
| 夜勤職員配置加算 | 13 円 | 定員 30 名又は 51 名以上夜勤職員数に 1 名以上配置 |
| 口腔衛生管理加算 I | 90 月 | 歯科衛生士が月 2 回以上口腔ケアを行い、介護職員へ助言及び指導を行なう。 |
| 口腔衛生管理加算 II | 110 月 | 口腔衛生管理加算 I に加え情報の活用を行う |
| 排泄支援加算 I | 10 月 | 排泄障害等の入所に対し支援計画を作成し、計画に基づき支援した場合。 |
| 排泄支援加算 II | 15 月 | 排泄支援加算 I に加え排泄またはオムツ状況が改善する |
| 排泄支援加算 III | 20 月 | 排泄支援加算 I に加え排泄またはオムツ状況が改善する |
| 褥瘡マネジメント加算 I | 3 月 | 褥瘡を予防する為、定期的な評価・管理をした場合 |
| 褥瘡マネジメント加算 II | 13 月 | 褥瘡マネジメント加算 I の要件に加え褥瘡が無い事 |
| 個別機能訓練加算 I | 12 円 | 機能訓練指導員を 1 人以上配置している物で、共同して個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づき計画的に機能訓練を行う |
| 個別機能訓練加算 II | 20 月 | 個別機能訓練の実施に対する情報の活用を行う |
| 安全管理体制加算 | 20 入所時 | 外部研修を受けた担当者を配置、安全対策を実施する |
| 退所時相談援助加算 | 400 | 退所時相談援助を |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70 回 | 特別食を必要とする入居者又は低栄養状態と医師に判断された入居者を対象に、退居先に栄養管理に関する情報を提供する |
| 認知症チームケア推進加算 I | 150 月 | 利用者の総数のうち、日常生活に対する注意を必要とする割合が 2 分 1 以上 認知症介護に関わる専門的な研修を修 |

| | | |
|-----------------|-------|--|
| | | 了しているものの配置し、チームを組んでいる ※Ⅰに関しては、さらに指導的な研修を修了している者の配置。定期的なケアの見直しをする |
| 認知症チームケア推進加算Ⅱ | 120 月 | 利用者の総数のうち、日常生活に対する注意を必要とする割合が2分1以上 認知症介護に関わる専門的な研修を修了しているものの配置し、チームを組んでいる |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 日 | 厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整などを行う医療機関の確保、適切な感染対策を行い、介護サービスを行った場合 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ | 10 月 | 医療機関から。3年に1回以上施設内で感染症が出た場合の実地指導を受ける事。 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ | 5 月 | 医療機関から。3年に1回以上施設内で感染症が出た場合の実地指導を受ける事。 |
| 退所時情報提供加算 | 250 回 | 医療機関などへ退居する入居者などについて、退居後の医療機関に対して紹介する際、入居者の同意を得て、心身状況、生活歴などの情報を提供した場合 |
| 協力医療機関連携加算 | 100 月 | 入居者等が急変した場合の相談体制の確保している施設から求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している 急変した場合などに置いて、入院を要するとみと認められた際に原則として受け入れる体制を確保している |
| 生産性向上推進Ⅰ | 100 月 | 利用者の安全介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する委員会の開催 テクノロジーの導入 1年に1度データの提供 |
| 生産性向上推進Ⅱ | 10 月 | 利用者の安全介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する委員会の開催 テクノロジーの導入 1年に1度データの提供 |

(2) その他自己負担となるもの

| | | |
|--------------|-----|---------|
| 教養娯楽費 | 1 日 | 10 円 |
| 預かり金会計事務代行 | 1 月 | 1,500 円 |
| おやつ代等 | 1 日 | 110 円 |
| 外出行事の食事・おやつ代 | 参加時 | 実費相当分 |
| その他（理美容代等） | 利用時 | 実費相当分 |

(3)

支払

い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

5 退所の手続きの援助

利用者が当施設を退所する場合には、利用者の希望により、事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な下記の援助を契約者に対して速やかに行います。

- ・ 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ・ 居宅介護支援事業者の紹介
- ・ その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

※利用者が退所後、在宅へ戻られる場合には、その際の相談援助にかかる費用として介護保険給付費の一部負担があります。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

管理者や従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持及び家族の身体的並びに精神的負担の軽減を図るよう支援する。

利用者の家族との連携を図るよう努めるとともに、事業の実施に当たっては地域住民又はその自発的な活動等との連携及び、協力を行う等の地域との交流に努める。

(2) サービス利用のために

| 事 項 | 有 無 | 備 考 |
|--------------|-----|----------------|
| 男性介護職員の有無 | 有 | |
| 従業員への研修の実施 | 有 | 随時実施しています。 |
| サービスマニュアルの作成 | 有 | |
| 身 体 的 拘 束 | 無 | 緊急的やむを得ない場合を除き |
| そ の 他 | | |

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ① 面会
現在コロナ感染症対応により下記の時間となります。
午前10時00分～午後17時00分（予約制で30分まで）
- ② 外出、外泊
体調に応じて随時可能です。前日までにご連絡下さい。
- ③ 飲酒、喫煙
飲酒は原則禁止。喫煙は苑管理にて所定の場所で可能な場合があります。
- ④ 金銭、貴重品の管理
やむを得ず持参された場合はご利用者各自の責任で保管願います。
なお、紛失などあった場合は、利用者の責任になります。ご理解をお願いします。
- ⑤ 設備、器具利用
当施設の福祉用具を故意により、破損した場合はご負担頂くことがございます。
- ⑥ 所持品の持ち込み
利用者個人の所持品については紛失などあった場合は、利用者の責任になります。
- ⑦ 施設外での受診
定期受診等、急変時の受診は当施設の職員が行います。又、入院となった場合はご家族様に
来ていただき入院手続きをして頂きます。
※協力病院の高根病院以外の受診をご希望される方は、原則ご家族様での受診対応となります。
ご理解をお願いします。
緊急を要する場合または、やむ得ない事情がある場合はご相談いただければ対応いたします。
- ⑧ 宗教活動
宗教活動に関する活動は他利用者のご迷惑になりますのでお断り致します。
- ⑨ ペット
当施設へのペットのご同伴はご遠慮ください。
- ⑩ 食品について
ご利用者様にお持ちいただいた食品は必ず看護師・介護士が確認し、お預かりとなります。尚、
ご本人の状態によってお返しすることもございます。

7 緊急時の対応方法

ご利用者の容態の急変等があった場合は、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。

8 非常災害対策

- ・ 災害時の対応 職員等は火災等を発見した場合、直ちに消防機関へ通報するとともに、大声で他の職員及び施設内にいる者に知らせ、苑内にいる者の避難誘導に全力をあげること。
地震時、防火責任者は全職員に指揮し、火気使用設備器具等からの出火防止措置を行う。
職員は、苑内にいる者に対して必要な指示をし、混乱防止に努める。
避難は、防災機関からの避難命令又は防火責任者の判断により開始する。
- ・ 防災設備 スプリンクラー設備・火災通報装置・誘導等・自動火災報知設備・消火器避難器具・非常警報設備
- ・ 防災訓練 年間行事計画による
- ・ 防火責任者 根本 雅臣

9 サービス内容に関する相談・苦情

① 苦情解決責任者

(特別養護老人ホーム 芝山苑) 法人本部次長 尾崎 正尚
電話 0479-77-1331

当施設ご利用者相談・苦情担当 生活相談員 金坂 浩二
電話 0479-77-1331

第三者委員 内藤 節子
電話 090-3108-4566
水口 勝史
電話 080-1212-5678

② その他

当施設外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

市区町村名 芝山町
担 当 芝山町役場 福祉保健課 福祉係 電話 0479-77-3914
千葉県国民健康保険団体連合会 電話 043-254-7428

10 当法人の概要

名称 ・ 法人種別 社会福祉法人 徳栄会
代表者役職 ・ 氏名 理事長 高 根 宏
本部所在地・電話番号 千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷1337番地1
0479-77-1331

定款の目的に定めた事業

- 1、第一種社会福祉事業
- 2、第二種社会福祉事業
- 3、居宅介護支援事業
- 4、その他これに付随する業務

施設 ・ 拠点等

| | |
|---------------|------|
| 特別養護老人ホーム | 4ヶ所 |
| 軽費老人ホーム ケアハウス | 1ヶ所 |
| 短期入所生活介護 | 2ヶ所 |
| 通所介護 | 2ヶ所 |
| 在宅介護支援センター | 2ヶ所 |
| (うち居宅介護支援事業所 | 2ヶ所) |

1 1 緊急時の対応※体調の変化等、緊急の場合は下記に定める緊急連絡先に連絡します。

| 緊急連絡先 1 | 緊急連絡先 2 |
|----------|----------|
| 氏名 続柄 | 氏名 続柄 |
| 住所 | 住所 |
| 電話番号 | 電話番号 |
| 携帯番号 | 携帯番号 |

1 2 その他

令和 年 月 日

介護老人福祉施設ご利用に当り、利用者に対して契約書及び本書面にもとづいて重要な説明事項を説明しました。

事業者

千葉県山武郡芝山町山中字池ノ谷 1 3 3 7 番地 1

特別養護老人ホーム 芝山苑

説明者

生活相談員 金坂 浩二

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重要事項の説明を受けました。

利用者

氏名

代理人

氏名