【特別養護老人ホーム東松戸ヒルズ｜重要事項説明書】

令和８年８月１日現在

１．担当者

職名　　生活相談員

氏名

２．特別養護老人ホーム東松戸ヒルズの概要

（１）事業所名及び指定事番号

施　設　名	特別養護老人ホーム東松戸ヒルズ
所　在　地	千葉県松戸市紙敷１０６５－４
介護保険指定番号	ユニット型介護老人福祉施設（ 千葉県 １２７１２０７５３０ ） 小規模介護老人福祉施設　（ 千葉県 １２７１２０７５２２ ）
施　設　長　名	恩田　雄一

（２）当施設の職員体制

管　理　者	１人	機能訓練指導員	１人以上
生活相談員	１人以上	管理栄養士	１人
介護支援専門員	１人以上	医　師	１人
介　護　職　員	３２．７人以上	事　務　員	２人以上
看　護　職　員	４人以上		

上記以外に必要がある場合は、その他の従業者を配置

（３）当施設の概要

定　員	１００名			
ユニット数	１０ユニット（ ユニット型個室　７０名、多床室　３０名 ）			
居室・設備	ユニット型個室	７０床	静養室	１室（２床）
	多床室（2人・4人用）	３０床	看取り室	１　室
	医務室	１室	地域交流スペース	１か所
	共同生活室	７室	喫茶コーナー	１か所
	食堂・機能訓練室	３室	足湯コーナー	１か所
	共同トイレ	２７室		
	浴室	１０室（一般浴槽・機械浴槽・特殊浴槽を設置）		

３．サービスの内容

（１）基本サービス

① 施設サービス計画の作成

② 居室

ユニット型個室・ユニット型個室特別室・多床室（２人・４人）をご用意しています。

③ 食事

□朝食　　７時３０分　～　　９時３０分

□昼食　１２時００分　～　１４時００分

□夕食　１７時３０分　～　１９時３０分

この時間内で、入居者の希望に合わせてお好きな時間で召し上がっていただきます。

④ 入浴

週に最低２回以上入浴していただきます。

入居者の体調や状態等により、リフト浴、機械浴または清拭の対応となる場合があります。

⑤ 介護（支援）

施設サービス計画に沿って下記の支援を行います。

着脱介助、排泄介助、入浴介助、食事介助、口腔ケア介助、シーツ交換、施設内の移動の付き添い等、入居者の希望、生活スタイルに合わせて適切な支援を行います。

⑥ 機能訓練

必要時応じて、機能訓練室にて機能回復訓練を行います。ただし、状況によっては訓練室以外にて行うこともあります。

⑦ 生活相談

日常の生活に関する相談を生活相談員又は介護支援専門員が応じます。

⑧ 健康管理

当施設では、年間２回の健康診断を行います。日程については別途ご連絡いたします。また、毎週１回内科、歯科の往診を受けることができます。また、年に１回のインフルエンザ予防接種を受けていただくことができます。ただし、別途料金がかかりますので、日程、料金等につきましては改めてご連絡いたします。

（２）その他のサービス

① 行事・レクリエーション

当施設では、ユニットごとや個別でのレクリエーション、外出企画、行事などを行っていきます。内容によっては別途料金がかかるものもあります。その際は事前にご説明させていただきます。

② 年金等の行政手続き代行

行政手続きの代行を施設にて承ります。手続き等にかかる実費は個人負担となります。ご希望の際は担当職員にお申し出ください。

③ 特別食の提供

当施設では施設内行事食のほか、希望者への外食を実施しています。別途料金がかかる場合もあります。

④ 理美容サービス

当施設では、理美容サービスを受けることができます。別途料金がかかります。

⑤ 日常費用の支払代行

年金等の管理、受診、処方薬等の費用、お小遣い等日常必要な金銭の支払い代行を承ります。別途料金がかかります。

⑥ その他のサービス

送迎、外出付き添い、買い物代行等のサービスを行います。別途料金がかかります。

４．料金

（１）基本料金

【ユニット型個室】	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
単　位　数	６７０単位	７４０単位	８１５単位	８８６単位	９５５単位
１割の負担額	７０１円	７７４円	８５２円	９２６円	９９８円
２割の負担額	１，４０１円	１，５４７円	１，７０４円	１，８５２円	１，９９６円
３割の負担額	２，１０１円	２，３２０円	２，５５５円	２，７７８円	２，９９４円

【 多 床 室 】	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
単　位　数	５８９単位	６５９単位	７３２単位	８０２単位	８７１単位
１割の負担額	６１６円	６８９円	７６５円	８３８円	９１１円
２割の負担額	１，２３１円	１，３７８円	１，５３０円	１，６７６円	１，８２１円
３割の負担額	１，８４７円	２，０６６円	２，２９５円	２，５１４円	２，７３１円

※ 毎月ご利用の総単位数に地域区分（５級地）の報酬単価（１０．４５円）を乗じた計算となり、自己負担の料金はその一割相当額となります。（食費・居住費等は適用されません）

※ 計算後の円未満は、切り捨てとなります。

（２）加算料金

項　　目	単位数	1 割の負担額	2 割の負担額	3 割の負担額
日常生活継続支援加算	46	48 円/日	96 円/日	144 円/日
看護体制加算（Ⅰ）イ	6	7 円/日	13 円/日	19 円/日
看護体制加算（Ⅰ）ロ	4	5 円/日	9 円/日	13 円/日
看護体制加算（Ⅱ）イ	13	14 円/日	27 円/日	41 円/日
看護体制加算（Ⅱ）ロ	8	9 円/日	17 円/日	25 円/日
夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ 従来型	22	23 円/日	46 円/日	69 円/日
夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ 従来型	13	14 円/日	27 円/日	41 円/日
夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ ユニット型	27	29 円/日	57 円/日	85 円/日

項　　目	単位数	1割の負担額	2割の負担額	3割の負担額
夜勤職員配置加算（Ⅱ）ロ ユニット型	18	19円/日	38円/日	57円/日
夜勤職員配置加算（Ⅲ）イ 従来型	28	30円/日	59円/日	88円/日
夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ 従来型	16	17円/日	34円/日	51円/日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ ユニット型	33	35円/日	69円/日	104円/日
夜勤職員配置加算（Ⅳ）ロ ユニット型	21	22円/日	44円/日	66円/日
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12	13円/日	25円/日	38円/日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20	21円/月	42円/月	63円/月
ＡＤＬ維持等加算（Ⅰ）	30	32円/月	63円/月	94円/月
ＡＤＬ維持等加算（Ⅱ）	60	63円/月	126円/月	189円/月
若年性認知症受入加算	120	126円/日	251円/日	377円/日
配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間）	650	680円/回	1,359円/回	2,038円/回
配置医師緊急時対応加算（深夜）	1,300	1,359円/回	2,717円/回	4,076円/円
配置医師（早朝夜間及び深夜を除く）	325	340円/回	680円/回	1,019円/円
外泊時費用	246	257円/日	514円/日	771円/日
初期加算	30	32円/日	63円/日	94円/日
退所前訪問相談援助加算	460	481円/回	962円/回	1,443円/回
退所後訪問相談援助加算	460	481円/回	962円/回	1,443円/回
退所時相談援助加算	400	418円/回	836円/回	1,254円/回
退所前連携加算	500	523円/回	1,045円/回	1,568円/回
栄養マネジメント強化加算	11	12円/日	23円/日	35円/日
経口移行加算	28	30円/日	59円/日	88円/日
経口維持加算（Ⅰ）	400	418円/月	836円/月	1,254円/月
経口維持加算（Ⅱ）	100	105円/月	209円/月	314円/月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	94円/月	188円/月	282円/月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	115円/月	230円/月	345円/月
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	105円/月	209円/月	314円/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	209円/月	418円/月	627円/月
排泄支援加算（Ⅰ）	10	11円/月	21円/月	32円/月
排泄支援加算（Ⅱ）	15	16円/月	32円/月	47円/月
排泄支援加算（Ⅲ）	20	21円/月	42円/月	63円/月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	4円/月	7円/月	10円/月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	14円/月	27円/月	41円/月
療養食加算	6	7円/回	13円/回	19円/回
再入所時栄養連携加算	200	209円/月	418円/月	627円/月

項　　目	単位数	1割の負担額	2割の負担額	3割の負担額
看取り介護加算（Ⅰ）				
死亡日以前３１日以上４５日以下	72	76円/日	151円/日	226円/日
死亡日以前４日以上３０日以下	144	151円/日	301円/日	452円/日
死亡日以前２日又は３日	680	711円/日	1,422円/日	2,132円/日
死亡日	1,280	1,338円/日	2,676円/日	4,013円/日
看取り介護加算（Ⅱ）				
死亡日以前３１日以上４５日以下	72	76円/日	151円/日	226円/日
死亡日以前４日以上３０日以下	144	151円/日	301円/日	452円/日
死亡日以前２日又は３日	780	816円/日	1,631円/日	2,446円/日
死亡日	1,580	1,652円/日	3,303円/日	4,954円/日
在宅復帰支援機能加算	10	11円/日	21円/日	32円/日
在宅入所相互利用加算	40	42円/日	84円/日	126円/日
在宅サービスを利用したときの費用	560	586円/日	1,171円/日	1,756円/日
障害者生活支援体制加算（Ⅰ）	26	28円/日	55円/日	82円/日
障害者生活支援体制加算（Ⅱ）	41	43円/日	86円/日	129円/日
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	4円/日	7円/日	10円/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	5円/日	9円/日	13円/日
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	209円/日	418円/日	627円/日
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	42円/月	84円/月	126円/月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50	53円/月	105円/月	157円/月
自立支援促進加算	300	314円/月	627円/月	941円/月
安全対策体制加算（入所時１回）	20	21円/月	42円/月	63円/月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	23円/日	46円/日	69円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	19円/日	38円/日	57円/日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	7円/日	13円/日	19円/日
特別通院送迎加算	594	621円/月	1,242円/月	1,863円/月
協力医療機関連携加算 令和7年3月31日まで	100	105円/月	209円/月	314円/月
協力医療機関連携加算 令和7年4月1日以降	50	53円/月	105円/月	157円/月
協力医療機関連携加算	5	6円/月	11円/月	16円/月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	11円/月	21円/月	32円/月
高齢者施設等感染対策工場加算（Ⅱ）	5	6円/月	11円/月	16円/月
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	150	157円/月	314円/月	471円/月
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	120	126円/月	251円/月	377円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100	105円/月	209円/月	314円/月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	11円/月	21円/月	32円/月

項　　目	単位数	1割の負担額	2割の負担額	3割の負担額
退所時情報提供加算	250	262円/回	523円/回	784円/回
新興感染症等施設療養費	240	251円/月	502円/月	753円/月
退所時栄養情報連携加算	70	74円/回	147円/回	220円/回
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	所定単位数の16.3%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数の17.6%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数の15.9%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数の17.2%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の13.6%を乗じた単位数			
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の11.3%を乗じた単位数			

（3）その他の自己負担（介護保険対象外）

① 居住費・食費

介護保険負担限度額認定証をお持ちでない方

料金の種類	日　　額
居住に要する費用（ユニット型個室）	２，９００円
居住に要する費用（多床室）	９１５円
食事に要する費用	１，９５０円

※入院期間中（７日目以降）の居室料金は、１日２，０６６円となります。

介護保険負担限度額認定証をお持ちの方

料金の種類	日　　額	
居住に要する費用（ユニット型個室）	第３段階	１，４７０円
	第２段階	８８０円
	第１段階	８８０円
居住に要する費用（多床室）	第３段階	５３０円
	第２段階	４３０円
	第１段階	０円
食事に要する費用	第３段階②	１，４２０円
	第３段階①	６８０円
	第２段階	３９０円
	第１段階	３００円

② その他の費用

項　　目	金　　額
貴重品管理費	２，０００円／月
日常生活費	１，０００円／月
電化製品使用	１，５００円／月
項　　目	金　　額
理髪	１，５００円／回（カラー、パーマ等は別途料金）
特別な食事	実費
送迎	市内５００円／回　　市外７００円／回
外出付き添い	１時間まで　　１，５００円 以降３０分ごとに　＋１，０００円
買い物代行	１，０００円／回
複写（コピー）代	白黒：１０円／枚　　カラー３０円／枚
写真現像代	５０円／枚
領収証等発行代	５００円／枚
家族ベッド使用代	１，０００円／日
個別の希望によりかかる費用	実費

※ 料金が発生する場合は、あらかじめ身元引受人（家族等）にご連絡させていただきます。

（４）支払方法

毎月**１５日まで**に前月分の請求をいたしますので、**その月の月末まで**にお支払いください。お支払い方法は、口座引き落とし・口座お振込み・窓口支払いとさせていただきます。

（５）料金の変更

介護保険関係法令の改正等により料金が変更となる場合には、事前に説明をし、同意をいただきます。

（６）入居者の入院に係る取扱

① 入居者が病院又は診療所に入院した場合、入院した翌日から６日間は利用料金（所定のサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分））を施設に支払うものとします。また、当該居室に係る居住費については入院期間中においても支払うものとします。

② 入居者は、入院期間中、施設が当該居室を短期入所生活介護に活用することに同意する場合には、所定のサービス利用料金を支払う必要はありません。

５．退居の手続

（１）契約の自動終了

以下の場合、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へ入所した場合。

② 介護認定区分が自立、要支援又は要介護度１又は２と認定された場合は入居検討委員会を開催し、行政に意見を求め、特例入居の要件に該当すると認められない場合は契約終了となります。

③ 入居者の死亡又は被保険者資格を喪失した場合。

２）その他

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**２週間前まで**にお申し出ください。

② その他

□ 入居者が、サービス利用料の支払いを**１か月以上**遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず１４日間以内に支払わない場合

□ 入居者又は身元引受人（家族等）などが当施設や当施設の従業者に対し、本契約の継続が難しいほどの背信行為を行った場合

□ 入居者が病院または診療所に入院し、明らかにおおむね**３か月以内**に退院できる見込みがない場合、契約を終了させていただく場合がございます。

□ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、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、契約終了の**２か月前まで**に文章で通知いたします。

６．当施設のサービスの特徴等

（１）施設の理念

人のためになることをする
寄り添うこころ
幸せを願う温かいこころ

（２）施設利用に当たっての留意事項

① 面　会　時　間：原則１０時００分～１９時００分までといたします。
※ ただし、電話連絡等、事前に連絡がある場合は、この限りではありません。
※ 感染症等の流行により、面会制限をさせていただく場合があります。

② 外 出 ・ 外 泊：出発、帰着は原則１０時００分～１９時００分の間となります。その際は事務所にて受付をしていただきます。

③ 飲 酒 ・ 喫 煙：入居者の希望、身体状況に応じて可能です。ただし、施設が定めた場所と時間以外での喫煙、飲酒はご遠慮ください。

④ 設備・器具の利用：施設の許可無く、施設以外での使用は禁止させていただきます。

⑤ 金銭・貴重品の管理：貴重品又は金銭類の個人所有に関しては、紛失等の責任を負いかねますので、あらかじめご了承ください。

⑥ 衣 類 の 管 理：衣類の入れ替え、衣替えについては、ご家族にてお願いいたします。

⑦ 私物洗濯について：入居者の私物洗濯は外部の洗濯業者に依頼します。セーター類など、生地によって洗濯依頼ができない衣類もございます。その衣類については、個人負担でのクリーニングとなります。

⑧ 宗教・政治活動：施設内での宗教・政治活動は原則として禁止いたします。

⑨ 受診、入院について：入居者に対し、過度な医療行為、治療を要する場合、受診又は入院となることがあります。協力医療機関へは施設が送迎いたします。ただし、入院となった場合には、手続きはご家族での対応となりますので、早めに医療機関へ行っていただくようお願いします。

７．非常災害対策

□ 防災時の対応 … 施設の消防計画、災害マニュアルに基づき対応

□ 防 災 設 備 … 火災報知機、消火栓、消火器、スプリンクラー、防災倉庫等

□ 防 災 訓 練 … 年に３回以上の訓練を実施

□ 火 元 責 任 者 … 各箇所に配置

８．サービス内容に関する相談・苦情

【苦情受付担当者】 生活相談員	電話　０４７－３１２－８６３３ 受付時間：月曜日～金曜日　８時３０分から１７時３０分

９．管理医　深沢雄一

10. 協力医療機関

特定医療法人財団松圓会	住所　千葉県松戸市樋野口８６５－２
東葛クリニック病院	電話　０４７－３６４－５１２１（代表）
医療法人愛育会	住所　千葉県松戸市日暮１－５－８
やばしら歯科	電話　０４７－３８５－３５９１

11. **緊急時の対応方法**

入居者に容体の変化等があった場合は、**医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、下記の連絡先に速やかに連絡いたします。**

第１緊急連絡先

氏　　名	（続柄　　）
自　　宅	住　所　〒 電　話 携　帯
勤 務 先	会社名 住　所　〒 TEL/FAX

第２緊急連絡先

氏　　名	（続柄　　）
自　　宅	住　所　〒 電　話 携　帯
勤 務 先	会社名 住　所　〒 TEL/FAX

12. 当法人の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	社会福祉法人 陽光会
代 表 者 役 職 ・ 氏 名	理事長　　恩田 雄一
定款の目的に定めた事業	1　特別養護老人ホーム陽光苑 2　陽光苑デイサービスセンター 3　陽光苑ショートステイサービス 4　陽光苑居宅介護支援センター 5　ケアハウスサンシャイン 6　特別養護老人ホーム東松戸ヒルズ 7　東松戸ヒルズショートステイサービス 8　東松戸ヒルズデイサービスセンター 9　東松戸ヒルズ居宅介護支援センター 10　認知症対応型共同生活介護サンパティオ 11　小規模多機能型居宅介護サンパティオ

利用者に対して、契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

説明日　　年　　月　　日

説 明 者	職　名	生活相談員	氏　名	㊞

事 業 者	事業者名	社会福祉法人 陽光会
	代表者名	理事長　恩田　雄一　　㊞
	所 在 地	千葉県松戸市紙敷１０６５－４
	事業所名	特別養護老人ホーム東松戸ヒルズ（ 千葉県 １２７１２０７５２２ ） （ 千葉県 １２７１２０７５３０ ）

私は、契約書及び本書面により事業者から重要事項の説明を受けました。

年　　月　　日

入 居 者	氏　名	㊞		

代 理 人 **（身元引受人）**	氏　名	㊞	続　柄	