

# 【特別養護老人ホーム東松戸ヒルズ | 重要事項説明書】

令和6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		

上記以外に必要な場合は、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

行政手続きの代行業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金を承ります。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）	4	5円/日	9円/日	13円/日
看護体制加算（Ⅱ）	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
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

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(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
A D L維持等加算(Ⅰ)	30	32 円/月	63 円/月	94 円/月
A D L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/回
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/回
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
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

項 目	単位数	1割の負担額	2割の負担額	3割の負担額
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
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

項 目	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の14.0%を乗じた単位数
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	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Ⅲ	所定単位数の11.3%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9.0%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）	905円
食事に要する費用	1,750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	1,370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	430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	1,360円
	第3段階①	650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に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**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  
寄り添うところ  
幸せを願う温かいところ

### (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

<b>【苦情受付担当者】</b> 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

医療社団法人木下会	住所 千葉県松戸市金ケ作107-1
千葉西総合病院	電話 047-384-8111
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つ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	
----	---	----	--