

(指定介護老人福祉施設)

重 要 事 項 説 明 書

<入居者> _____ 様

社会福祉法人あおば厚生福祉会
特別養護老人ホーム茂庭台あおばの杜

介護老人福祉施設サービスのご案内
(令和4年12月1日施行)

1. 施設の名称及び所在地等

・運営法人	社会福祉法人 あおば厚生福祉会
・法人所在地	宮城県仙台市太白区茂庭台2丁目15番25号
・代表者	理事長 佐藤 篤史
・施設名	特別養護老人ホーム 茂庭台あおばの杜
・所在地	宮城県仙台市太白区茂庭台2丁目15番25号
・管理者名	施設長 松村 大輔
・介護保険事業所番号	0475404158
・電話番号	022-281-9456
・ファックス番号	022-281-9457

2. 施設の目的と運営方針

(1) 施設の目的

当施設は、要介護状態と認定された入居者（以下「入居者」という。）に対し、介護保険関係法令の趣旨に従って、入居者が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支援します。この施設は、身体上または精神上障害がある為に、常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。

(2) 運営方針

当施設の介護老人福祉施設サービスの事業の運営方針は次の通りです。

- ① 施設は、入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭において、入居前の居宅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居者が相互に社会的関係を構築し、自立的な日常生活を営むことができるよう援助することを目指します。
- ② 明るく家庭的な環境づくりに努め、地域や家族との結びつきを重視し、市区町村、居宅介護支援事業者等、福祉サービスを提供する者との密接な連携を行います。
- ③ 入居者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た入居者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて入居者又は入居契約者の了解を得ることとします。

(3) 施設サービス計画の作成及び事後評価

入居者の直面している課題を評価し、入居者及び入居契約者等の希望を踏まえて、介護老人福祉施設サービスの目標及びその達成時期、サービスの内容、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。また、サービス提供の目標の達成状況を評価し、計画に変更があった際にはその旨を書面（施設サービス計画書）に記載して、入居者、入居契約者に説明し同意を得ます。

3. 施設の職員体制

職 種	常・非常勤の別	業務内容	勤務時間
管 理 者	1人以上	施設の従業者その他の一元的管理 サービスの実施状況の管理	日勤：9：00～18：00
医 師	嘱託	1回/週（金）回診を実施 入居者の健康管理	12：30～14：00
看護職員	3人以上	医学的管理に基づく看護 施設サービス計画に基づく看護 機能訓練の実施	日勤：9：00～18：00 夜勤：17：00～翌9：30
介護職員	30人以上	施設サービス計画に基づく介護 機能訓練の実施	早番：7：00～16：00 日勤：9：00～18：00 遅番：11：30～20：30 夜勤：17：00～翌9：30
生活相談員	1人以上	入居者及び家族の各種相談窓口	日勤：9：00～18：00
介護支援 専門員	1人以上	施設サービス計画作成	日勤：9：00～18：00
機能訓練 指導員	1人以上	リハビリテーションの実施	日勤：9：00～18：00
管理栄養士	1人以上	栄養管理、栄養ケアマネジメント	日勤：9：00～18：00
事務職員	2人以上	総務事務、施設管理事務等	日勤：9：00～18：00

4. 入所定員等

- ・定員 80名
- ・生活個室 ユニット型個室 80室（1ユニット10名 計8ユニット）

5. 介護保険給付対象サービスの概要

種 類	内 容
医療・看護	医師により、必要に応じて随時診察・薬の調整を行います。 ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。
機能訓練	作業療法士等により個人の状況に適した個別リハビリテーション計画を作成し、機能訓練を行います。身体機能・生活動作の維持・向上を目的とします。
入浴援助	週2回以上の入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
排泄援助	入居者の状況に応じて適切な排泄援助を行うと共に、排泄の自立にむけての適切な援助・助言等を行います。
栄養管理	管理栄養士が入居者ごとの栄養状態を把握・記録、また個人の食形態にも配慮し作成した栄養ケア計画に基づいて適切な栄養管理を行います。 必要に応じて医師の指示せんに基づく療養食の提供も行います。
着替えや離床 整容等日常生活の 援助	寝たきり防止のため、出来る限りベッドからの離床を促します。 生活のリズムを整えるため、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 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をします。 シーツ交換は週1回実施します。 日常で発生する洗濯物は施設で行います。 ※入院や外出中の洗濯ものについては施設では対応できかねます。
レクリエーション 行事	季節に応じた施設内の行事や外出、また気分転換やリハビリを兼ねたレクリエーションを行います。
相談及び援助	介護保険、施設生活の疑問等、お困りの事がございましたらご相談ください。

6. 利用料金

(1) 基本サービス料金（ユニット型介護老人福祉施設サービス費）＜単位×10.27円(6級地)＞

要介護度	基本単位数
要介護度1	652 単位
要介護度2	720 単位
要介護度3	793 単位
要介護度4	862 単位
要介護度5	929 単位

※介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって基本料金が異なります。

※一定の所得がある方の利用料については、2割負担・3割負担になります。

（負担割合については、「介護保険負担割合証」に記載の負担割合になります。）

※介護保険適用分の基本単位には仙台市地区単価 10.27 円が乗算されます。

※入居期間中自宅に外泊した期間は、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) 加算料金（サービスの利用に応じて下記の負担額が発生いたします。）＜単位×10.27円(6級地)＞

各種加算	単位数	各種加算	単位数
日常生活継続支援加算	46単位/日	看取り介護加算（死亡日以前31日以上～45日以下）	72単位/日
看護体制加算Ⅰ	4単位/日	看取り介護加算（死亡日以前4日以上～30日以下）	144単位/日
看護体制加算Ⅱ	8単位/日	看取り介護加算（死亡日以前2日又は3日）	680単位/日
夜勤職員配置加算	21単位/日	看取り介護加算（死亡日）	1280単位/日
生活機能向上連携加算Ⅰ（3月に1回）	100単位/3月	在宅復帰支援機能加算	10単位/日
生活機能向上連携加算Ⅱ（個別訓練算定時は100）	200単位/月	在宅・入所相互利用加算	40単位/日
個別機能訓練加算Ⅰ	12単位/日	認知症ケア加算Ⅰ	3単位/日
個別機能訓練加算Ⅱ（Ⅰと併算可）	20単位/月	認知症ケア加算Ⅱ	4単位/日
ADL維持等加算Ⅰ	30単位/月	認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日を限度）	200単位/日
ADL維持等加算Ⅱ	60単位/月	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3単位/月
若年性認知症入居者受入加算	120単位/日	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13単位/月
専従医師配置	25単位/日	褥瘡マネジメント加算Ⅲ	10単位/3月
精神科医療養指指導	5単位/日	排泄支援加算Ⅰ	10単位/月
障害者生活支援体制加算Ⅰ	26単位/日	排泄支援加算Ⅱ	15単位/月
障害者生活支援体制加算Ⅱ	41単位/日	排泄支援加算Ⅲ	20単位/月
外泊時費用（1ヶ月6日限度、月またぎ時最大12日）	246単位/日	排泄支援加算Ⅳ（現加算、猶予期間の為）	100単位/月
外泊時在宅サービス利用費用	560単位/日	科学的介護推進体制加算Ⅰ	40単位/月
初期加算（入所日から30日間）	30単位/日	科学的介護推進体制加算Ⅱ	50単位/月
再入所時栄養連携加算（再入所時1回のみ）	200単位	サービス提供体制加算Ⅱ	18単位/月
栄養マネジメント強化加算	11単位/日	介護職員処遇改善加算Ⅰ	総単位の8.3%
経口移行加算	28単位/日	介護職員特定処遇改善加算	総単位の2.7%
経口維持加算Ⅰ	400単位/月	介護職員等ベースアップ等支援加算	総単位の1.6%
経口維持加算Ⅱ	100単位/月		
療養食加算	6単位/1食		
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		
自立支援促進加算	300単位/月		
安全対策体制加算（入所時1回のみ）	20単位		
退所前訪問相談援助加算（入所中1回又は2回）	460単位		
退所後訪問相談援助加算（退所後1回を限度）	460単位		
退所時相談援助加算	400単位		
退所前連携加算	500単位		
配置医師緊急時対応加算（早朝・夜間）	650単位/1回		
配置医師緊急時対応加算（深夜）	1300単位/1回		

※上記加算は入居者へ個別に提供したサービス内容や加算要件を満たす職員配置が行われた場合に算定されます。算定にあたってはその内容と見込み額を事前にご説明するものとします。

※介護保険適用分の上記各加算には仙台市地区単価 10.27 円が乗算されます。

(3) 食費

・入居者負担の段階により以下の内容になります。

要介護度	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1～ 要介護5	300円/日	390円/日	650円/日	1360円/日	1450円/日※

1日の食費で請求致します（※食費の内訳 朝食 360円 昼食 590円 夕食 500円）

お食事止めの希望は3日前までにお申し付けください。

※外泊等で1日お食事の提供が必要ない場合は食費の費用は発生致しませんが、外泊当日の3日前までにお申し付けがない場合は発注の関係で食事費用が発生いたします。

ご家族等が食事を希望される場合には、上記内訳にて提供となります。

お支払い方法は入居者の実費請求に合算して請求させていただきます。

ご家族のお食事の希望の際は遅くとも利用日の3日前までにお申し付けください。

(4) 居住費

・入居者負担の段階により以下の内容になります。

〈ユニット型個室〉

要介護度	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護1～ 要介護5	820円/日	820円/日	1310円/日	1310円/日	2600円/日

※外泊中や入院中であっても居室をお取り置きする場合、居住費が算定されます。

※入院時の居室お取り置き費用は介護保険のご利用が無い為、介護保険負担限度額認定証の該当とはならず、自費（4段階）での費用となります。

※食費及び居住費の負担減免につきましては、市区町村発行の「介護保険負担限度額認定証」のご提示があった場合に適用されます。

(5) その他の料金

費目	金額	内容
おやつ代	110円/日（税込）	毎日のおやつ費用
教養娯楽費 （希望により）	実費	入居者の希望により個別で参加するレクリエーション・クラブ活動等の材料費
行事費 （希望により）	実費	希望者を募り実施する小旅行に係る費用 定例以外の特別なクラブ活動等の費用
健康管理費 医療機関受診	実費	インフルエンザの予防接種を行った場合 医療費
外出や受診に伴う交通費	実費	病院外出等に係る移動方法に係る費用
飲料代 （希望により）	55円/日（税込）	入居者の希望により食事時以外に提供する飲料
電化製品持ち込み電気 使用代	55円/日（税込）	1台につき 電気代として
理美容代 （外部業者）	実費	カット、カラー、パーマ等に係る費用
家族の宿泊代	500円/日	入居者の状態によりご家族様の付き添いや宿泊が必要な場合には、家族待機室を提供致します。 宿泊の際に発生するリネン代や電気代
複写物等の 交付代	白黒複写 11円/枚（税込）	希望によりコピー等を使用する場合
	カラー複写 55円/枚（税込）	希望によりコピー等を使用する場合
その他	実費	個別で希望する必要物品

【支払方法】

① 毎月15日以降に前月分の請求書を発行いたします。

② 入居者は、当月の料金の合計額を翌月27日までに支払うものとします。なお、支払いの方法は

指定の銀行口座振替を基本とし、それ以外の支払い方法は別途話し合いの上、指定口座への振込にて支払いとなります。

- ③ 振込にかかる手数料は入居者負担となります。

7. 入退居の手続

(1) 入居手続

まずは、お電話等にてお問い合わせください。入居相談のうえご希望であれば入居申込書の提出をお願い致します。その後、実態調査、入居判定会議を行い入居可能と判定された場合にご利用いただけます。(原則要介護3～5の方が対象となりますが、緊急性等により要介護1～2の方もご相談いただけます)

契約を結び、入居日の調整を行い、サービスの提供を開始いたします。待機については、介護度や緊急性の高い方が優先となります。

(2) 退居手続

① 契約解除届出 (入居者及び入居契約者のご都合で退居される場合)

- ・退居を希望する日の30日前までにお申し出ください。利用契約解除届の記入、提出をお願いいたします。

② 自動終了 (以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします)

- ・介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護認定区分が、非該当 (自立) 又は要支援となった場合。(この場合、介護保険認定期間の経過を以って退居となります)
- ・介護保険給付でサービスを受けていた入居者の要介護認定区分が、要介護1～2となった場合。(この場合、保険者へ報告を行い入居継続可否の確認を行い、また、施設での入居評価基準に基づき、退居となるか入居継続となるかを判断します。退居と判断された際には90日間の猶予期間を設けるものとします。)
- ・入居者がお亡くなりになった場合。

③ その他

- ・入居者が、サービス利用料金のお支払いを正当な理由なく30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7日以内に支払わない場合、または入居者や入居契約者等が事業者やサービス従事者または他の入居者に対して本契約を継続しがた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、当施設を閉鎖または縮小する場合。
- ・入居者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等には、本来の契約終了日から、実際に居室が明け渡された日までの期間にかかる料金をご負担いただきます。

(3) 入院された場合

- ・当施設入居中に入院した場合は、90日以内に退院された場合には、退院後再度当施設に入居できるものとします。
- ・90日以内の退院が見込めない場合や、入院が90日以上経過した際には、契約を解除させていただきます。
- ・6日以内に退院し再入居された場合には、入院期間については所定の加算が該当されます。
- ・6日以上入院した場合には、7日目以降介護サービス費用の請求は発生致しません。

- ・入院期間中であっても、入居契約は継続されておりますので、居室の費用は発生致します。
- ・入院時は介護保険の利用が無い為、介護保険負担限度額認定証の利用はできません。

8. 施設利用にあたっての留意事項

① 面会

時間は原則として、午前9時から午後6時までとします。ご面会の際は、面会簿へ記入することとします。(感染症等の際には面会の時間や人数等について制限させていただく場合がございます)

② 外出・外泊

事前に所定の届出用紙にて申請をすることとします。

③ 飲酒・喫煙

飲酒は原則としてお断りいたします。喫煙は所定の場所をお願い致します。

④ 設備・備品の利用

定められた場所で正しく使用してください。

⑤ 私物の持込

品物によって制限させていただく場合があります。

⑥ 貴重品の持込み

原則としてお断りいたします。管理する場合は入居者本人管理とします。

⑦ 施設外での受診

嘱託医からの指示等で協力医療機関に受診する際は施設にて対応致します。医療費以外の請求は発生致しません。その他の病院受診につきましては、原則ご家族対応となります。対応が難しい際にはご相談いただければ、可能な範囲で対応致しますが、交通費等別途発生致します。

⑧ 宗教活動

共同生活場での活動や勧誘活動はお断りいたします。

⑨ ペットの持込

お断りいたします。(盲導犬や聴導犬はご相談ください)

⑩ 飲食物の持込

可能ですが、食事制限や食事形態の管理が必要な場合は助言をさせていただきます。

⑪ 居室の移動

入居者の状態やユニットの状態を鑑みて居室の移動を行う場合があります。なお、居室の指定は受け付けません。

9. 金銭の取り扱いと立替金

- (1) 金銭の管理につきましては、当施設では実施致しません。入居者管理とします。紛失等の責任を当施設は負いかねますのでご了承願います。
- (2) 入居者の買い物やレクリエーションで金銭が必要となる場合には、事前に入居者又は入居契約者に説明し、了承を得て施設立て替えにてお支払いを実施致します。立て替えた料金は、当月分の請求(翌月発送)に自己負担分として請求させていただきます。

10. 緊急時の対応方法

入居者の容体の変化等があった場合は、医師により必要な処置を講ずるほか、あらかじめ届けられた連絡先へ速やかに連絡いたします。また、当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入居者の状態が急変した場合等には、速やかに対応いたします。

・ 嘱託医

名称	医療法人 広愛会 松原医院	医師名	松原 尚
住所	仙台市青葉区愛子東2丁目3-63	TEL	022-392-3111

・ 協力医療機関

名称	医療法人財団 明理会 イムス明理会仙台総合病院
住所	仙台市青葉区中央4丁目5-1 TEL 022-268-3150 (代表)

名称	社会医療法人 康陽会 中嶋病院
住所	仙台市宮城野区大槻15番27 TEL 022-292-1172 (代表)

・ 協力歯科医療機関

名称	あおぞら歯科クリニック
住所	仙台市若林区石名坂55 TEL 022-227-2842

11. 事故防止対策

- (1) 事故発生防止の為、定期的に指針等の見直し・整備を実施します。
- (2) 事故発生時の報告体制、分析、改善策の周知徹底の体制整備を実施します。
- (3) 事故発生防止の為、委員会及び従業員に対する研修の定期的な実施を行います。
- (4) (1)～(3)の措置を適切に実施する為、担当職員を配置します。

12. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、入居者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 嘱託医の診察により、専門的な医学的対応が必要と判断された場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 入居者の家族等、入居者又は入居契約者が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

13. 非常災害対策

- (1) 防災教育および基本訓練（消火・通報・避難） 年2回以上
（うち1回は夜間を想定した訓練を行う）
- (2) 入居者を含めた総合避難訓練 年2回以上
- (3) 非常災害設備の使用法の徹底 随時
- (4) 業務継続計画に基づく研修及び訓練 定期的

14. ワクチンの接種（有料）

健康管理と集団感染防止のため、感染症や季節に応じた予防接種等（インフルエンザワクチン等）を実施いたします。

15. 入所時リスクの説明

当施設では入居者が快適な入所生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、入居者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、一般的に高齢者の特徴から下記の危険性が伴うことを十分にご理解ください。

また、夜間帯については看護師の配置が1名となります。緊急時は医師への報告を電話で行い指示を仰ぐ形となりますのでご了承ください。

16. 高齢者の特徴に基づく入所時リスクの概要

- (1) 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷のおそれがあります。
- (2) 老人福祉施設は、生活の場となる施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- (3) 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- (4) 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離ができやすい状態にあります。
- (5) 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲であっても、皮下出血が出来やすい状態にあります。
- (6) 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- (7) 高齢者であることにより、脳や心臓等の疾患により、急変・急死される可能性もあります。
- (8) 高齢であることにより自己免疫力の低下及び集団生活の観点から、感染症のリスクが高い状態にあります。
- (9) 本人の全身状態が急に悪化した際、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。
- (10) 上記内容は、ご自宅でも起こりうることでありますので、十分にご留意いただきますようお願い申し上げます。

17. サービス内容に関する相談・苦情

<p>当施設における相談窓口</p>	<p>窓口担当者 生活相談員 加藤直樹 堀和 鈴木美奈 介護支援専門員 鳥羽佐智夫 坂本忍 板橋大樹 苦情解決責任者 施設長 松村大輔 電話番号 022-281-9456 受付時間 9:00～18:00 苦情受付箱 茂庭台あおばの杜 エレベーター前ロビー</p>
<p>第三者委員</p>	<p>金澤法律事務所 代表 金澤孝司 電話番号 022-722-3910</p>
<p>当施設における苦情処理の手続き</p>	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順 (1) 苦情内容の聴き取り、把握を充分に行う (2) 問題が生じた部署に苦情の内容を伝達する (3) 問題が生じた部署での対応の問題点を把握する (4) 管理者等、施設の責任者に苦情内容を伝達するとともに、問題が生じた部署での対処の問題点を伝達する (5) 施設としての意思決定（謝罪、事実伝達・説明、市町村、県への報告等）を行う。 (6) 施設における反省事項の整理、再発防止の対策を行う。 (7) 苦情処理台帳へ記載し再発防止に努める。 (8) その他、必要に応じて対応を検討する。</p>
<p>仙台市役所健康福祉局 介護事業支援課 施設指導係</p>	<p>所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7番1号 電話番号 022-214-8318</p>
<p>太白区役所 障害高齢課 介護保険課</p>	<p>所在地 仙台市太白区長町南3丁目1番15号 電話番号 022-247-1111（代表）</p>
<p>宮城県国民健康保険団体連 合会 介護保険課</p>	<p>所在地 宮城県仙台市青葉区上杉1丁目2番3号 自治会館6階 電話番号 022-222-7079（直通）</p>

介護老人福祉施設入所にあたり、入居者に対して重要事項説明について説明いたしました。

年 月 日

事業者所在 宮城県仙台市太白区茂庭台2丁目15番25号
名称 社会福祉法人 あおば厚生福祉会
特別養護老人ホーム 茂庭台あおばの杜
管理者名 施設長 松村 大輔 印
説明者氏名 _____ 印

特別養護老人ホーム茂庭台あおばの杜を利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して説明を受け、これらを理解したうえで同意します。

(入居者) 住所 _____

氏名 _____

(入居契約者) 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

(身元引受人兼連帯保証人) 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

(連帯保証人) 住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

