

特別養護老人ホームわとなーる葛西

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
サービス種別 ユニット型介護老人福祉施設
介護保険事業所番号 第1372308674号

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 わとなーる
- (2) 所在地 青森県東津軽郡蓬田村大字郷沢字浜田397番地
- (3) 電話番号 0174-27-3445
- (4) F A X 0174-27-3457
- (5) 代表者 理事長 村元 裕
- (6) 設立年月日 平成8年4月1日

2. 当該施設

- (1) 施設名 特別養護老人ホーム わとなーる葛西
- (2) 所在地 東京都江戸川区東葛西7丁目19番8号
- (3) 電話番号 03-6808-5700
- (4) F A X 03-6808-5712
- (5) 施設長 大塚 真人
- (6) 定員 89名
- (7) 開設年月日 平成28年4月1日

3. 居室の概要

種 類	数	種 類	数	種類	数
個 室	89	医務室	1		
地域交流スペース	1	機械浴室	10		
面会相談室	1	共同生活室	8		
事務室	1				

上記は、厚生労働省が定める基準によりユニット型指定介護老人福祉施設に必置が義務付けられている施設・設備です。

4. 職員配置

職 名	人 数
施設長	1 人
介護支援専門員	1 人以上
生活相談員	1 人以上
介護職員	3 1 人以上
看護職員	3 人以上
機能訓練指導員	1 人以上 (非常勤)
栄養士	1 人以上 (常勤)
医師	1 人以上 (非常勤)

5. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入所できる方は、要介護3から要介護5までの要介護者及び、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という。）が認められる方です。
- (2) 特例入所は以下の点を考慮して判断します。
 - ① 認知症である者であって、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ頻繁に見られること。
 - ② 知的障害・精神障害等を伴い、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さ等が頻繁に見られること。
 - ③ 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。
 - ④ 単身世帯である、同居家族が高齢または病弱である等により家庭等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分であること。
- (3) 平成28年に4月1日以降に入所された方が要介護1又は2と認定された場合、特例入所が認められなければ入所の継続はできません。
- (4) 入居後に自立又は要支援と認定された場合、入所の継続はできません。
- (5) 入所契約の締結前に所定の用紙にて感染症等に関する健康診断を受け、その診断書の提出をお願いします。

6. 勤務体制

職 名	勤 務 時 間
生活相談員	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
介護職員	早番 7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
	早番A 8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	早番C 8 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
	早番D 7 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
	日勤 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
	日勤A 9 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0
	日勤C 9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

	日勤D	9 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0
	日勤G	1 8 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	日勤H	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	日勤J	9 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	遅番	1 1 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0
	遅番A	1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0
	夜勤A	1 7 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0
	夜勤B	2 2 : 0 0 ~ 7 : 0 0
看護職員	早番A	8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
	早番B	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	日勤	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

※ 特別なプログラム及び緊急時の対応によって、勤務時間が変更となる場合があります。

7. 提供するサービス内容

(1) 食事

朝食 8 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0

昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 4 : 0 0

夕食 1 7 : 3 0 ~ 1 9 : 3 0

※ただし、入居者の生活習慣や希望に合わせた時間に提供することも可能とする。

(2) 入浴

毎週2回以上、入浴を行います。但し、入居者に傷病があったり伝染性疾患の疑いがあるなど、医師が入浴を適当でないと判断する場合には清拭を行います。

(3) 介護

利用者個々のケアプランに基づき、介護サービスを提供します。排泄については、利用者の状況に応じて介助を行い、自立についても適切な援助を行ないます。寝たきり防止のため、体調を考慮した上でできる限り離床を行います。利用者個々を尊重し、適切な整容が行なわれるように援助します。

(4) 機能訓練

機能訓練指導員を配置し、身体機能の低下予防のため、利用者の状況に応じた機能訓練を行ないます。

(5) 生活相談

生活相談員を配置し、家族の相談及び本人の希望について可能な限り必要な援助を行なうように努めます。

(6) 健康管理

医師・看護師を配置し、日々の生活を安心して送れるよう健康管理に努めます。

(7) 特別食の提供

利用者から注文があれば、実施できるものについて相談しながら実施します。
 なお、特別食を提供した場合及び希望食については実費負担となります。（基本
 食事サービス費を控除した金額）

（８）理容サービス

理容師の出張サービスがあります。料金は実費となります。

（９）レクリエーション

活気や潤いのある生活を送れるよう、季節に応じ施設内・外の活動を企画しま
 す。

（１０）その他

教養娯楽として、園内行事・クラブ活動があります。教材費については実費負
 担となります。

８．利用料金

（１）施設入居者介護サービス費（１日あたりの基本料金）

介護認定	単位数	一日あたりの 介護報酬（円）	一日あたりの 自己負担額（円）
要介護１	６７０	８，１０９	８１１
要介護２	７４０	８，９４８	８９５
要介護３	８１５	９，８６４	９８７
要介護４	８８６	１０，７２５	１，０７３
要介護５	９５５	１１，５５４	１，１５６

（２）食 費

１日あたり １，４４５円

（負担段階第１段階～第４段階に区分されます）（単位：円／日）

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②	第４段階
食 費	３００	３９０	６５０	１，３６０	１，４４５

（３）居住費

１日あたり ２，０６６円

（負担段階第１段階～第４段階に区分されます）（単位：円／日）

	負担限度額				基準費用額
負担段階	第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②	第４段階
ユニット型	８８０	８８０	１，３７０	１，３７０	２，０６６

（注１）入居者が入院・外泊した場合でも居室が確保されている場合は、居住
 費を請求します。但し、補足給付が支給されている入居者については、
 外泊時加算の対象期間とします。

（４）加算料金

日単位

		単位数	1日あたりの 介護報酬(円)	1日あたりの 自己負担額(円)
日常生活継続支援加算		4 6	5 5 5	5 6
看護体制加算	(Ⅰ)	4	4 3	5
	(Ⅱ)	8	9 8	1 0
夜勤職員配置加算 (Ⅳ) ロ		1 8	2 0 7	2 1
個別機能訓練加算 (Ⅰ)		1 2	1 4 1	1 5
若年性認知症入居者受入加算		1 2 0	1, 4 4 9	1 4 5
精神科医療養加算		5	5 4	6
常勤医師配置加算		2 5	3 0 5	3 1
初期加算		3 0	3 5 9	3 6
外泊時費用		2 4 6	2, 9 7 5	2 9 8
外泊時在宅サービス利用費用		5 6 0	6, 7 6 8	6 7 7
栄養マネジメント強化加算		1 1	1 3 0	1 3
看取り介護加算 (Ⅰ)	死亡日以前31日 以上45日以下	7 2	8 7 2	8 8
	死亡日以前4日 以上30日以下	1 4 4	1, 7 4 4	1 7 5
	死亡日の前日及び 前々日	6 8 0	8, 2 1 8	8 2 2
	死亡日	1, 2 8 0	1 5, 4 8 8	1, 5 4 9
看取り介護加算 (Ⅱ)	死亡日以前31日 以上45日以下	7 2	8 7 2	8 8
	死亡日以前4日 以上30日以下	1 4 4	1, 7 4 4	1 7 5
	死亡日以前4日 以上30日以下	7 8 0	9, 4 3 9	9 4 4
	死亡日	1, 5 8 0	1 9, 1 1 8	1, 9 1 2
在宅復帰支援機能加算		1 0	1 1 9	1 2
在宅・入所相互利用加算		4 0	4 7 9	4 8
認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	3	3 2	4
	(Ⅱ)	4	4 3	5
認知症行動・心理症状緊急対応加算		2 0 0	2, 4 1 9	2 4 2
サービス提供体制強化加算	(Ⅰ)	2 2	2 7 2	2 8
	(Ⅱ)	1 8	2 0 7	2 1
	(Ⅲ)	6	6 5	7

月単位

		単位数	1月あたりの 介護報酬(円)	1月あたりの 自己負担額(円)
生活機能向上連携加算（Ⅰ）		100	1,209	121
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	個別機能訓練加算を 算定している場合	100	1,209	121
	個別機能訓練加算を 算定していない場合	200	2,419	242
個別機能訓練加算（Ⅱ）		20	250	25
ADL 維持等加算	（Ⅰ）	30	259	36
	（Ⅱ）	60	730	73
排せつ支援加算	（Ⅰ）	10	119	12
	（Ⅱ）	15	174	18
	（Ⅲ）	20	250	25
	（Ⅳ）	100	1,209	121
褥瘡マネジメント加算	（Ⅰ）	3	32	4
	（Ⅱ）	13	152	16
	（Ⅲ）	10	119	12
自立支援促進加算		300	3,629	363
CHASE（LIFE への データ提出）の加算	科学的介護推進体 制加算（Ⅰ）	40	479	48
	科学的介護推進体 制加算（Ⅱ）	50	599	60
口腔衛生体制加算	（Ⅰ）	90	1,079	108
	（Ⅱ）	110	1,329	133
経口維持加算	（Ⅰ）	400	4,839	484
	（Ⅱ）	100	1,209	121

回単位（1回につき算定）

	単位数	1回あたりの 介護報酬(円)	1回あたりの 自己負担額(円)
再入所時栄養連携加算	400	4,839	484
療養食加算	6	65	7
退所前訪問相談援助加算	460	5,559	556
退所後訪問相談援助加算	460	5,559	556
退所時相談援助加算	400	4,839	484
退所前連携加算	500	6,060	606

* 自己負担額は、介護報酬の1割、2割、又は3割（2割又は3割に該当する方は別紙料金表参照）が負担額です。

*算定要件を満たした場合に算定するので、加算項目を変更する場合があります。

*処遇改善加算(Ⅰ)

当該サービスの月の利用単位数×14／100の1割、2割、又は3割（2割又は3割に該当する方は別紙料金表参照）が負担額です。

*地域区分単価（1単位に10,90円を乗じます。）

(5) その他の利用料金

①日常生活費

日常生活費は下記の内容です。ご自身で必要品をお支度いただくことも可能です。
この場合、一度に保管できる量に限りがありますので、ご相談ください。

項 目	内 訳		料 金
日常生活費	パックⅠ	洗顔タオル、歯ブラシ、歯磨き粉	40円／日
	パックⅡ	洗顔タオル、入歯洗浄剤、入歯安定剤	60円／日

②個別サービス利用料金

項 目	内 訳	料 金
理美容サービス	カット	実 費
	カット（ひげそり）	実 費
クラブ活動	講師謝礼 等	実 費
	作業材料費	実 費
レクリエーション 行 事	花見・夏祭り・敬老会・新年会 等	実 費
電気製品 個別使用料	テレビ（個人で使用するもの）	1日20円
	冷蔵庫（個人で使用するもの）	1日40円
	DVD プレイヤー（個人で使用するもの）	1日10円
	パソコン（個人で使用するもの）	1日10円
	電気補助暖房器（電気毛布、電気アンカ 等個人で使用するもの）	1日100円
教養娯楽費	参加者を募って実施するクラブ活動等	実 費
交通費	買い物・諸手続代行	実 費

*その他個別で希望されたサービスについては、その都度実費をいただきます。

*電気製品使用料については、1日当たりの計算とします。

*その他、個別で必要とする物（ただしオムツを除きます）につきましては、その都度実費をいただきます。

③追加的費用

追加費用	サービス内容	料 金
希望食	希望メニューに応じて	実 費
特別食	特別献立および特別食材	実 費

(6) 文書料

サービス項目	サービス内容	料 金
診断書	非常勤医師が書いた場合	実 費
死亡診断書	非常勤医師がかいた場合	実 費
コピー代	記録物をコピーした場合	1 枚 1 0 円

(7) 方法は銀行振り込み、または郵便局自動振替です。

(8) ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に関わる料金（3, 200円）を負担していただきます。

9. 入所中の医療の提供

1) 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 葛西中央病院
所在地	東京都江戸川区船堀 7-10-3
診療科	内科 整形外科 泌尿器科

2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 聖陵会 上中里駅前歯科
所在地	東京都北区上中里 1-37-15 大林フローラ上中里 1 階
診療科	歯科 矯正歯科 小児歯科 歯科口腔外科

10. 施設を退所する場合（契約の終了）

1) 当施設との契約では、終了する期日はとくに決めていませんが、以下のような事項に該当する場合、契約は終了し、退所していただくことになります。

- ①要介護認定により、自立または要支援と判断された場合
- ②平成28年4月1日以降に入居された方で入居後要介護1又は2と判定された場合（居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由があることによる要介護1又は2の方の特例入所が認められた場合を除く。）特例入所は5項（2）を考慮して判断する。
- ③介護保険給付対象外サービスの利用料金に同意できない場合
- ④契約者が、契約締結時にその心身の状況および病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果、本契約を継続しがたい重要な事情を生じさせた場合
- ⑤サービス利用料金の支払いが、3か月以上遅延し、利用者及び保証人に料金を支払うよう催告したにも係わらず、14日以内に支払われない場合

- ⑥契約者が、故意または重大な過失により、事業者またはサービス従事者もしくは、他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うこと等で、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑦契約者が連続して概ね3か月を超えて病院または診療所に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合
- ⑧契約者死亡の場合

2) 円滑な退所のための援助

- ①適切な病院等もしくは介護保険施設等の紹介
- ②その他、保健医療サービスまたは福祉サービス提供者の紹介

1 1. 緊急連絡先の対応

ご利用者の容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方にご連絡します。

緊急連絡先	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	

1 2. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの区市町村、ご家族等に連絡を行います。

また、事故の状況および事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。なお、当施設の介護サービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

1 3. 非常災害時の対策

1) 非常時の対応

ユニット型指定介護老人福祉施設入居者生活介護わとなーる葛西消防計画により対応します

2) 防災設備

屋内消化栓・消火器・スプリンクラー設備・防火扉・自動火災報知機・非常警報装置・誘導灯・火災通報装置・自家発電設備・畜電池設備

3) 防災訓練

年2回以上、夜間および自然災害を想定した避難訓練を実施しています

4) 防火管理者 大塚 真人

1 4. サービス内容に関する苦情

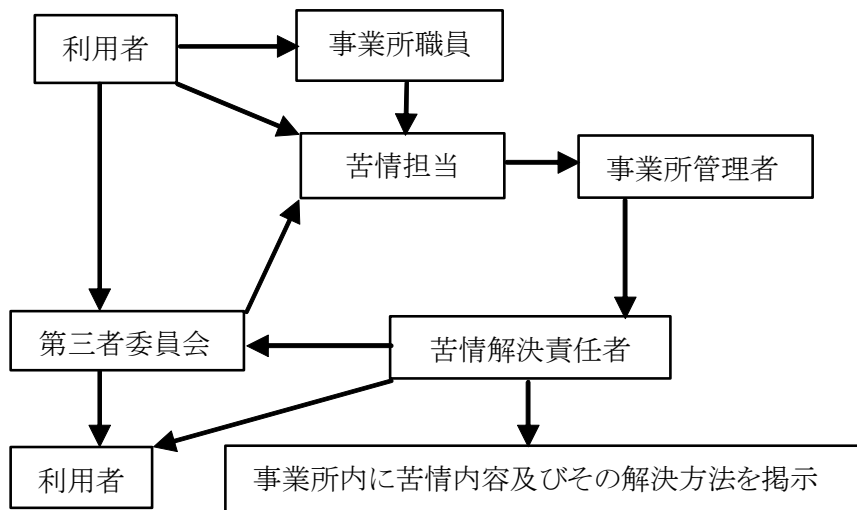
1) 当事業所お客様相談・苦情担当者及び責任者

相談・苦情担当者 小針 幸子 責任者 大塚 真人

電話番号 03-6808-5700

受付時間 9時00分～18時00分

2) 苦情処理体制



3) その他

当事業所以外に、お住まいの区市町村または国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

江戸川区役所 介護保険課事業者調整係

電話 03-5662-0032

国民健康保険団体連合会 介護保険サービス苦情相談窓口

電話 03-6238-0177

受付時間 9時00分 ～ 17時00分 (平日のみ)

1 5. 当施設のサービスを受けていただくための留意事項

1) 面会

面会時間は原則として10:00から18:00ですが、それ以外の時間もお連絡を頂ければ可能な限り対応致します。

2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合、行先と時間を職員にお申し出ください。

外泊が6日以上となる場合は事前にご相談ください。

3) 持参品・金品

自分の居室に収まる分は持ち込み自由です。ただし、契約者又は他の利用者の生活に著しく支障や危険を負わせる可能性があるとは判断された物に関しては、持ち込むことができません。あらかじめ施設側にご相談ください。

4) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出ください。ただし、食費は日額でご請求させていただきます。(3食不要の場合にはご請求いたしません)

5) 施設・設備

施設・設備を著しく破損又は汚した場合には、修理にかかり費用をお支払いいただく場合があります。

6) 喫煙

施設内は全館禁煙です。

1 6. 秘密の保持について

- 1) 事業者および従業者は、正当な理由がなくその業務にあたり知り得た利用者及び家族の秘密を漏らしません。
- 2) 従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者および家族の秘密を漏らしません。
- 3) 事業者は、利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得たうえで、必要な範囲内で利用者または家族の個人情報を用います。

1 7. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。ただし、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者のおかれた心身の状況を鑑み、相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合もあります。

なお、当事業者は東京海上日動火災保険株式会社と損害賠償責任保険契約を結んでおります。

令和 年 月 日

特別養護老人ホームわとなーる葛西のサービス提供の開始に際し、本書面に
基づき、重要事項の説明行いました。

事業者

所在地 東京都江戸川区東葛西 7-19-8

名 称 特別養護老人ホーム わとなーる葛西

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づき、事業者から指定介護老人福祉施設についての重要事項の
説明を受け、説明内容について同意します。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____