

《令和 7年4月1日より改定》

特別養護老人ホームあけぼの荘 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。
(長崎県指定 第 4271400782 号)

当施設はご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◆◆ 目次 ◆◆

1. 施設の概要	1
2. サービス内容	2
3. 利用料金	3
4. 入退所の手続き	5
5. 施設利用にあたっての留意事項	5
6. 損害賠償について	6
7. 身元引取人	6
8. 緊急時の対応方法	6
9. 苦情の受付について	6
10. 非常災害対策	6
11. 事故発生防止について	6
12. 施設経営法人の概要	7

1. 【施設の概要】

(1) 提供できるサービスの種類

施設名称	特別養護老人ホームあけぼの荘
所在地	長崎県南島原市布津町乙1862番地2
電話番号	0957-72-5520
管理者(施設長)	明島 章也
開設年月日	昭和54年 8月 1日
定員	60名
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 長崎県指定 第 4271400782 号

同施設の職員体制（あけぼの荘ショートステイと併設、職員は兼務）

職 種	配置	職 務 内 容
管理者 (施設長)	1名	本会理事長（以下「理事長」という。）の命を受けて事業所の従業員の管理及び業務の管理を行う。
医師 (非常勤)	1名	利用者の健康状態を常に把握し、健康保持のための適切な措置を講じる。
生活相談員	1名以上	施設サービス計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう利用者又はその家族に対し、常に利用者心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導を行う。
介護支援専門員	1名以上	利用者の施設サービス計画を作成する。
機能訓練指導員	1名以上	利用者の日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。
看護職員	常勤換算 3名以上	看護職員は常に利用者の健康状態を把握し、健康保持のために必要な措置を講じる。
介護職員	常勤換算 23名以上	施設サービスの提供に当たるとともに、常に利用者の健康状態を把握し、健康保持のために必要な措置を講じる。
管理栄養士	1名	食事の献立、栄養計算等ご利用者（入所者）に対する栄養指導等を行う。
栄養士	1名以上	利用者の栄養ならびに身体の状態及び嗜好を考慮しつつ、栄養基準及び献立を作成し、その者の自立支援に配慮する。また、調理員の指導等の業務に従事する。
調理員	3名以上	調理員は、利用者の栄養ならびに身体の状態を考慮し、その者の自立支援に配慮する。
事務員	2名以上	必要な事務を行う。
計	38名以上	

(2) 同施設の設備内容（あけぼの荘ショートステイと併設）

居室	1人部屋	12室	浴室	1室(一般浴槽・特殊浴槽・機械浴)
	3人部屋	1室	食堂	2室
	4人部屋	12室	医務室	1室
			静養室	1室
			機能訓練室	1室

2. 【サービス内容】

【サービス内容】	【介護保険給付外サービス】
(1) 食事 (2) 入浴 (3) 介護 (4) 排泄 (5) 機能訓練 (6) 健康管理 (7) 生活相談 (8) レクリエーション (9) その他自立への支援	(1) 居住費（光熱水費） (2) 食費（食材費及び調理費分） (3) 特別な食事（出前、お酒等） (4) 貴重品の管理及び行政手続代行 (5) 理容・美容サービス (6) 送迎費（入院、通院、外出、外泊） (7) 行事、クラブ活動 (8) 施設所有備品の私的利用及び私的利用電気代

3. 【利用料金】

基本料金（令和6年8月1日より適用）

(1) 施設利用料金 介護福祉施設

< 多床室 >

1日あたりの自己負担額		
要介護度1	583	円
要介護度2	659	円
要介護度3	732	円
要介護度4	802	円
要介護度5	871	円

< 従来型個室 >

1日あたりの自己負担額		
要介護度1	583	円
要介護度2	659	円
要介護度3	732	円
要介護度4	802	円
要介護度5	871	円

※ 別紙料金表に記載の加算額を上記の金額に上乘せされます。（加算の詳細は、別紙にて記載）

◆ 入所期間中に入院又は、自宅に外泊した期間の取扱については、介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承下さい。

(2) その他の料金（介護保険の給付対象とならないサービス）

① 居住費及び食費 1日あたり

< 多床室 >（括弧内は各段階の負担限度額）

	第1段階	第2段階	第3段階—①	第3段階—②	第4段階
居住費	0円	430円	430円	430円	915円 (限度なし)
食費	1,445円 (300円)	1,445円 (390円)	1,445円 (650円)	1,445円 (1,360円)	1,445円 (限度なし)

< 従来型個室 >（括弧内は各段階の負担限度額）

	第1段階	第2段階	第3段階—①	第3段階—②	第4段階
居住費	1,231円 (320円)	1,231円 (420円)	1,231円 (820円)	1,231円 (820円)	1,231円 (限度なし)
食費	1,445円 (300円)	1,445円 (390円)	1,445円 (650円)	1,445円 (1,360円)	1,445円 (限度なし)

※ 但し、介護保険負担限度額認定証に記載された居住費及び食費の負担限度額を超えないものとする。

◆ 入所期間中に入院又は、自宅に外泊した期間の取扱については、介護保険給付の扱いに応じた金額になりますのでご了承下さい。

※利用料徴収表別紙掲載	
②特別な食事	要した費用の実費
③貴重品、預貯金の管理 行政手続代行費	管理料 1ヶ月 1000円 + 手続代行費 要した費用の実費相当分
④理容美容サービス	要した費用の実費
⑤施設所有備品の私的利用 私的利用電気代	要した費用の実費相当額

(3) 支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月毎に計算し請求しますので、毎月10日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ・現金払い
- ・銀行口座振込み

(4) 利用中の中止

利用途中にサービスを中止して利用を終了する場合、終了日までの日数を基に計算します。

※以下の場合に利用途中でもサービスを中止する場合があります。

- ・利用者が中途サービス中止を希望した場合。
- ・利用前の健康チェックの結果、体調が悪かった場合
- ・利用中に体調が悪くなった場合
- ・他の利用者の生命または健康に重大な影響を与える行為があった場合

4. 【入退所の手続き】

(1) 入所手続き

まずは、御来荘及び電話でお申し込み下さい。居室に空きがあればご入所いただきます。

入所と同時に契約を結びサービスの提供を開始します。

◆居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) 退所手続き

①利用者の都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までにお申し出下さい。

②自動終了

以下の場合には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。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていて利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または要支援と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

③その他

- ・利用者がサービス利用料金の支払いを12ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、又は利用者や家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、またはやむを得ない事情により、サービスを終了させていただくことがあります。尚、この場合、契約終了後30日前までに文書で通知いたします。
- ・利用者が病院又は診療所に入院し、明らかに3ヶ月以内に退院できる見込みがない場合又は入院後3ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、契約を終了させていただく相談を行う場合がございます。尚、この場合、退院後に再度入所を希望される場合はお申し出下さい。
- ・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、退所していただく場合がございます。この場合、契約終了30日前までに文書で通知いたします。

5. 【施設利用にあたっての留意事項】

(1) 面会	面会時間 9時～16時 左記以外の時間の面会は事前にご連絡下さい。																		
(2) 外出・外泊	事前にお申し付け下さい。																		
(3) 飲酒・喫煙	食事時間の飲酒は可、屋内禁煙。(喫煙は指定の屋外喫煙所)																		
(4) 施設・設備の使用	<ul style="list-style-type: none"> ・本来の用途に従って利用願います。 ・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような「宗教活動」「政治活動」「営利活動」を行うことはできません。 																		
(5) 協力医療機関 ※ 利用者が医療を必要とする場合は右記の協力医療機関において治療を受けることができます。	<table border="0"> <tr> <td>◇医療機関の名称</td> <td>明島整形外科医院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>長崎県南島原市布津町乙1859番地2</td> </tr> <tr> <td>診療科</td> <td>整形外科</td> </tr> <tr> <td>◇医療機関の名称</td> <td>さとう歯科クリニック</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>長崎県南島原市有家町原尾字堂山628番地1</td> </tr> <tr> <td>診療科</td> <td>歯科</td> </tr> <tr> <td>◇医療機関の名称</td> <td>上田歯科医院</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>長崎県南島原市深江町281番地1</td> </tr> <tr> <td>診療科</td> <td>歯科</td> </tr> </table>	◇医療機関の名称	明島整形外科医院	所在地	長崎県南島原市布津町乙1859番地2	診療科	整形外科	◇医療機関の名称	さとう歯科クリニック	所在地	長崎県南島原市有家町原尾字堂山628番地1	診療科	歯科	◇医療機関の名称	上田歯科医院	所在地	長崎県南島原市深江町281番地1	診療科	歯科
◇医療機関の名称	明島整形外科医院																		
所在地	長崎県南島原市布津町乙1859番地2																		
診療科	整形外科																		
◇医療機関の名称	さとう歯科クリニック																		
所在地	長崎県南島原市有家町原尾字堂山628番地1																		
診療科	歯科																		
◇医療機関の名称	上田歯科医院																		
所在地	長崎県南島原市深江町281番地1																		
診療科	歯科																		

6. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して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があります。(賠償責任保険加入)

7. 身元引受人

利用者は入所契約締結時、利用者の代理人として「身元引受人」を選定していただきます。身元引受人は「身元引受書」に署名捺印をしていただきます。また、利用者自身が退所時に利用者の所持品(残置物)を引き取れない場合、身元引受人に残置物を引き取っていただきます。

8. 緊急時の対応方法

利用者に容態の変化や事故等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、身元引受人やご家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

氏名	
住所	〒 —
電話番号	
続柄	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供時に事故が発生した場合は、利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また利用者に対して当事業所の介護サービスにより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。(賠償責任保険加入)

10. 非常災害対策

- ・ 防災時に対策 ----- 非常通知装置設置、自衛消防隊
- ・ 防災設備 ----- 法定消防用設備完備
- ・ 防災訓練 ----- 年に2回実施
- ・ 防火管理者 ----- 有村俊男

11. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当施設における利用者相談・苦情受付

① 苦情受付窓口 (担当者)

生活相談員 有村俊男 電話 0957-72-5520

② 受付時間

月曜日～金曜日 9:00～17:00

(2) 利用者の介護及び看護記録の開示要請相談

利用者の介護及び看護記録は、定期的開示報告し利用者及び家族へ説明を行うものとする。また、定期報告とは別に利用者及び家族へは自由に閲覧・説明を受ける状態にしておく。

(3) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情等が確認された場合は、早急に生活相談員が対応し、管理者に報告を行う。

対応する生活相談員は管理者の判断によりその対応では不相当と考える場合は、管理者又は他の従事者が対応する体制をとる。

対応については、利用者等の状況により、電話・訪問・来所等の方法で苦情の内容を把握し、分析を行う。

苦情の原因を明らかにした後は、適宜その要望や苦情に応じて解決方法を検討し、再度の苦情発生の予防に配慮し、利用者及び家族に説明を行う。

(4) その他の苦情受付機関

- ・ 南島原市福祉保健部 電話 0957-73-6651
- ・ 島原地域広域市町村圏組合 電話 0957-61-9101
- ・ 長崎県国保団体連合会 電話 095-826-7293

(5) 第三者評価は無し

12. 施設経営法人の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 杏寿会
- (2) 代表者氏名 理事長 明 島 章 也
- (3) 所在地 長崎県南島原市布津町乙1862番地2
- (4) 事業

特別養護老人ホームあけぼの荘 設置経営	(平成12年 4月1日 長崎県指定4271400782号)
ケアハウスあけぼの 設置経営	
老人短期入所事業 (あけぼの荘)	(平成12年 4月1日 長崎県指定4271400808号)
老人デイサービスセンターあけぼの 設置経営	(平成12年 4月1日 長崎県指定4271400816号)
在宅介護支援センターあけぼの 設置経営	
居宅介護支援事業	(平成11年10月1日 長崎県指定4271400295号)
グループホームあけぼの 設置経営	(平成17年 2月1日 長崎県指定4271402192号)

【当施設が提供するサービスについての相談窓口】

特別養護老人ホームあけぼの荘

担当 生活相談員 池田・有村 ※ ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

電話 0957-72-5520 (午前8:00～午後5:30)

令和____年____月____日

指定介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホームあけぼの荘

説明者 職 名 _____

氏 名 _____

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、本書面を受領し、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 南島原市布津町乙1862番地2

氏 名 _____

(代筆者) 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄: _____)

身元引受人 住 所 _____
(代理人)

氏 名 _____ (続柄: _____)

加 算 内 容 一 覧

令和7年4月1日現在

	加 算 名	加 算 内 容	単 位 数
	看護体制加算Ⅰ2	・常勤の看護師を1名以上配置していること	4単位/日
該 当 者 の み	看取り介護加算	・常勤の看護師を1人以上配置し、当該看護職員、又は医療機関の看護職員等と連携により、24時間連絡できる体制を確保している	死亡日45日前 ～31日前
		・看取りに関する指針を定め、入所の際に入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ている。多職種による協議の上、看取りに関する指針の見直しを行っている。	死亡日30日前 ～4日前
		・看取りに関する職員研修を行っている	死亡日前々日、 前日
		・看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮 ・厚生労働大臣が定める基準に適合する看取り介護を行った場合	死亡日
	看護体制加算Ⅱ2	・看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ、配置すべき看護職員の数に1を加えた数以上であること ・当該指定介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院若しくは診療所若しくは指定訪問看護ステーションの看護職員との連携により24時間連絡できる体制を確保	8単位/日
	夜勤職員配置加算Ⅲ2	・従来型の施設で人員基準+1人以上の介護・看護職員を夜間配置 ・夜勤時間帯を通じ、看護職員又は次のいずれかに該当する職員を1名以上配置 ・〔口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養〕いずれかの実地研修を修了している者、特定登録証の交付を受けた特定登録者、新特定登録証の交付を受けた新特定登録者、認定特定行為業務従事者	16単位/日
	個別機能訓練加算Ⅰ	・機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士等を1名以上配置し、都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において各専門職が共同し、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき計画的に機能訓練を行っていること	12単位/日
	個別機能訓練加算Ⅱ	・個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること	20単位/月
	個別機能訓練加算Ⅲ	・個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定していること。 ・口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。 ・入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。 ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。	20単位/月
	栄養マネジメント強化加算	・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50(施設に常勤栄養士を1人以上配置し、給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置すること ・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養ケア計画に従い、食事の観察(ミールラウンド)を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施する ・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること ・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し継続的な栄養管理の実施に当たって当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している事	11単位/日
	口腔衛生管理加算Ⅱ	・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行うこと ・歯科衛生士が入所者に係る口腔衛生等の管理について、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うこと ・歯科衛生士が入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応する ・入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用していること	110単位/月
	科学的介護推進体制加算Ⅱ	・科学的介護推進体制加算(Ⅰ)に規定する情報に加えて、入居者ごとの疾病状況などの情報をLIFEを使って厚生労働省に提出していること ・必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、サービス提供する上で上記に規定する情報とその他サービスを適切で有効に提供するために必要な情報を活用していること	50単位/月

	加算名	加算内容	単位数
	サービス提供体制強化加算 I	・介護職員の総数に対して、介護福祉士を 80%以上配置	22 単位/日
	経口維持加算	(I) 現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示（歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る）を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合に算定 (II) 協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設が、経口維持加算 (I) を算定している場合であつて、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に歯科医師、歯科衛生士等が加わつた場合	(I) : 400 単位/月 + (II) : 100 単位/月
	介護職員処遇改善加算 I	・介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備とともに職場環境等要件の中で、「資質の向上」「労働環境・処遇の改善」「その他」の各区分について、1 つ以上の取り組みを行っていること・賃金改善に充てることを目的とすること ・処遇改善の取り組みについて、厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」やホームページへの掲載を通じて、「見える化」を行っていること	基本サービスと加減算に加えた単位数に加算率 14.0% 乗じた分
該 当 時 の み	初期加算	・入所した日から起算して 30 日以内の期間について算定する 30 日を超える病院又は診療所への入院後に再入所した場合も同様とする ※該入所者が過去 3 月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、I 又は M に該当する者の場合は過去 1 月間とする）の間に、当該指定介護老人福祉施設に入所したことがない場合に限る	30 単位/日
該 当 者 の み	外泊時費用	・入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1 月に 6 日を限度として所定単位数に代えて算定する ※入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない	246 単位/日
入 所 時 の み	安全対策体制加算	・外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること※入所時に 1 回を限度定	20 単位/回

施設サービス利用に係る情報提供同意書

『特別養護老人ホームあけぼの荘』（介護老人福祉施設）の利用にあたり、私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者	住 所	南島原市布津町乙1862番地2
	氏 名	_____
(代筆者)	住 所	_____
	氏 名	_____
身元引受人 (代理人)	住 所	_____
	氏 名	_____

1. 使用する目的

- ①利用申し込みに関わる施設入所判定会議での情報提供
- ②利用者の施設サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ③介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要となった情報提供
- ④病院受診時及び入院時において必要な情報提供

2. 情報提供事業者名

- ① _____
- ② _____
- ③ _____

3. 使用にあたっての条件

- ①個人の情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと。
- ②個人の情報を使用した会議の内容、経過を記録しておくこと。

社会福祉法人杏寿会
特別養護老人ホームあけぼの荘
施設長 明島 章也