

# 「指定地域密着型特別養護老人ホーム」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。  
(洲本市指定第 2891500130 号)

当施設はご契約者に対し指定地域密着型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。

## 1. 施設経営法人

- |                        |                                                                                                             |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 法人名                | 社会福祉法人 洲本たちばな福祉会                                                                                            |
| (2) 法人所在地              | 兵庫県洲本市由良 1 丁目 6 番 7 号                                                                                       |
| (3) 電話番号               | 0799-27-0146                                                                                                |
| (4) F A X              | 0799-27-0384                                                                                                |
| (5) 代表者氏名              | 理事長 伊富貴 幸廣                                                                                                  |
| (6) 設立年月日              | 昭和 27 年 5 月 12 日                                                                                            |
| (7) 法人が行う他の事業（予防事業も含む） | 介護老人福祉施設事業・短期入所生活介護事業・通所介護事業・訪問介護事業・特定施設入居者生活介護事業・外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業・居宅介護支援事業・小規模多機能型居宅介護事業・地域密着型通所介護事業 |
| (8) URL                | <a href="http://sumoto-tachibana.or.jp">http://sumoto-tachibana.or.jp</a>                                   |
| (9) E-mail             | <a href="mailto:y2t3a4@sumoto-tachibana.or.jp">y2t3a4@sumoto-tachibana.or.jp</a>                            |

## 2. ご利用施設の概要

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| (1) 建物の構造   | 鉄筋造 平屋建 地上 2 階        |
| (2) 建物の延べ面積 | 569.04 m <sup>2</sup> |
| (3) 施設の周辺環境 |                       |

淡路島の西海岸中央部に位置する洲本市五色町は、瀬戸内海国立公園に指定されるなど豊かな自然が維持された環境で、東に大阪湾、西に播磨灘を望み 1 年を通して温暖で降水量の比較的少ない気候である。

## 3. ご利用施設の説明

- |           |                                                            |
|-----------|------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | 指定地域密着型介護老人福祉入所者生活介護<br>令和 6 年 2 月 11 日 洲本市指定 2891500130 号 |
| (2) 施設の目的 |                                                            |

指定地域密着型介護老人福祉施設は、入居者が、その有する能力に応じて、自らの生活様式及び生活習慣に沿って自律的な日常生活を営むことができるようにするため、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の日常生活上の活動について必要な援

助を行うことにより、入居者の日常生活を支援することを目的にして、各ユニットにおいて入居者がそれぞれの役割を持って生活を営むことができるよう配慮して地域密着型サービスを提供します。

- (3) 施設の名称                    地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
                                        特別養護老人ホーム 五色・サルビアホール
- (4) 施設の所在地                兵庫県洲本市五色町都志大日 707 番地  
交通機関                        高速バス 五色バスセンターより徒歩 15 分  
車でお越しの方                津名一宮インターチェンジより 15 分
- (5) 電話番号                    0799-33-0503  
FAX 番号                        0799-33-0318
- (6) 施設長                        氏名 柏木 良介
- (7) 当施設の運営方針

1. この規程は、社会福祉法人洲本たちばな福祉会が設置運営する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護特別養護老人ホーム 五色・サルビアホール（以下「施設」という。）の運営及び利用について必要な事項を定め、施設の円滑な運営を図ることを目的とする。
2. 施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、入居者の居宅における生活への復帰を念頭に置いて、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築き、自律的な日常生活を営むことを支援するものとする。
3. 施設は、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村保険者（以下「保険者」という。）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

- (8) 入居定員                    20 人

#### 4. 施設利用対象者

- (1) 当施設に入居できるのは、原則として介護保険制度における要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

また、入居時において「要介護」の認定を受けておられる入居者であって、将来「要介護」認定者でなくなった場合及び、要介護 1 または要介護 2 の認定を受けている方で、介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアルにおいて特列入所の要件に該当しない場合には、退居していただくことになります。

- (2) 入居契約の締結前に、事業者から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する場合があります。

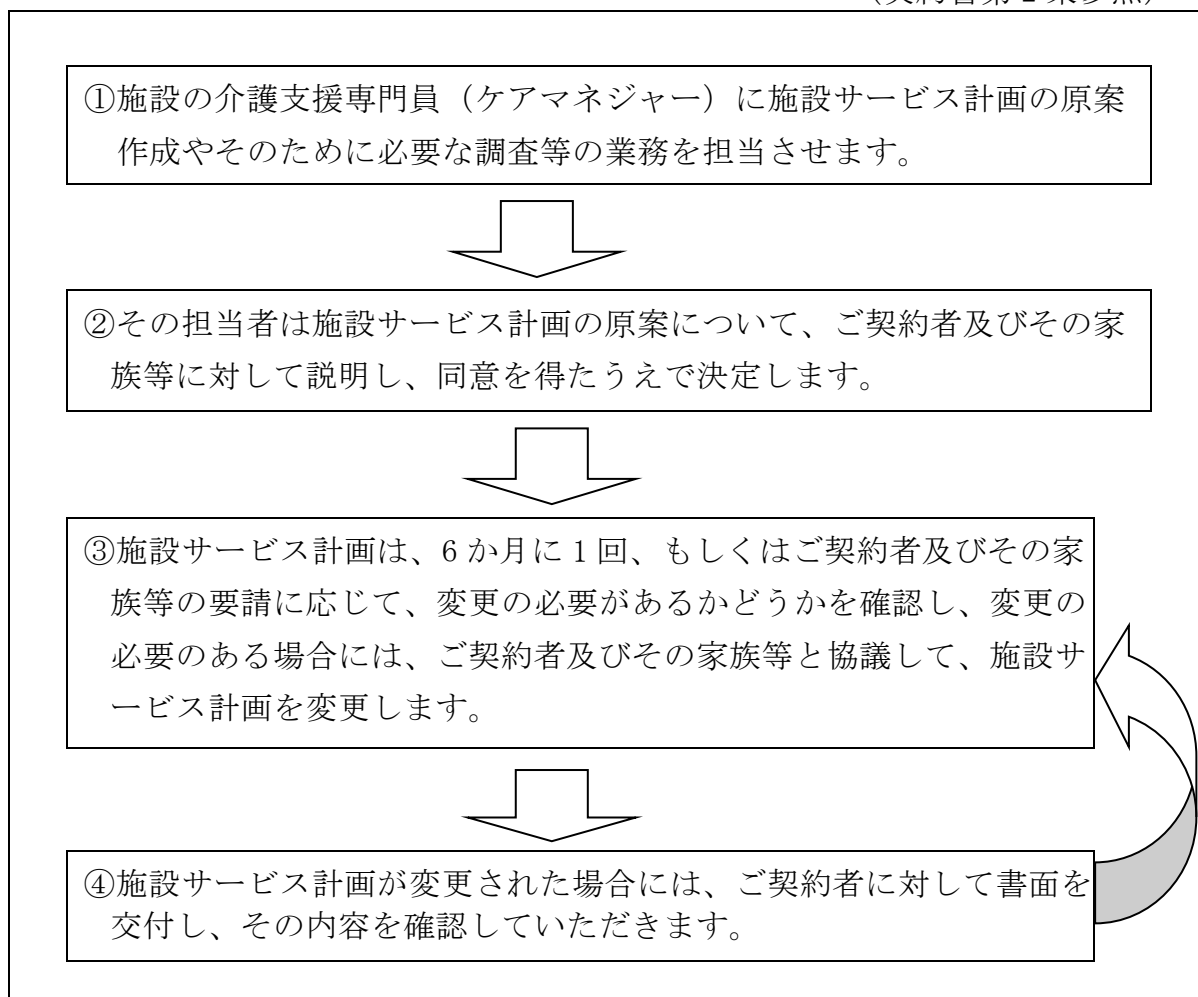
このような場合には、ご協力下さるようお願いいたします。

## 5. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。

（契約書第2条参照）



## 6. 居室の概要

### (1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として1人部屋です。

| 居室・設備の種類 | 室数  | 備考                                                          |
|----------|-----|-------------------------------------------------------------|
| 個室       | 20室 | 面積 12.07 m <sup>2</sup> 以上<br>床頭台 収納タンス 洗面台有<br>(うち6室トイレ付き) |
| 合計       | 20室 |                                                             |
| 共同生活室    | 2室  | 食堂 リビング                                                     |
| 便所       | 3室  | 洋式便座、手すり付 (各ユニット)                                           |

|       |     |             |
|-------|-----|-------------|
| 浴 室   | 2 室 | 特殊浴槽・機械浴槽 他 |
| 医 務 室 | 1 室 |             |

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

☆居室に係る料金は以下の通りとします。

#### 居室料金表

|         |         |
|---------|---------|
| ユニット型個室 | 2,066 円 |
|---------|---------|

## 7. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職 種        | 常勤換算  | 指定基準   |
|------------|-------|--------|
| 1. 施設長     | 1.0 名 | 1 名    |
| 2. 事務員     | 1.0 名 | 必要数    |
| 3. 介護職員    | 6.0 名 | 6 名    |
| 4. 生活相談員   | 1.0 名 | 1 名    |
| 5. 看護職員    | 3.0 名 | 1 名    |
| 6. 機能訓練指導員 | 1.0 名 | 1 名    |
| 7. 介護支援専門員 | 1.0 名 | 1 名    |
| 8. 医師      | 1.0 名 | 嘱託 1 名 |
| 9. 栄養士     | 1.0 名 | 1 名    |
| 10. その他    |       | 必要数    |

常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（例）週 8 時間勤務の介護職員が 5 名いる場合、常勤換算では、  
1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名となります）。

### 〈主な職種の勤務体制〉

| 職 種               | 勤務体制                                                                                                              |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師                | 毎週月曜日<br>13：00 ～ 14：30                                                                                            |
| 生活相談員             | 毎週月～金曜日<br>9：00 ～ 18：00                                                                                           |
| 介護職員<br>(看護職員も含む) | 標準的な時間帯における最低配置人員<br>早朝： 7：00 ～ 9：00 1 名<br>日中： 9：00 ～ 18：00 2 名<br>夕方： 18：00 ～ 20：00 1 名<br>夜間： 20：00 ～ 7：00 1 名 |

### 〈配置職員の職種〉

#### 生活相談員

…ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。  
1名の生活相談員を配置しています。

#### 介護職員

…ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。

#### 看護職員

…主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護、介助等も行います。  
20名の利用者に対して、合計9名の介護職員と看護職員を配置しています。

#### 介護支援専門員

…ご契約者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。  
1名の介護支援専門員を配置しています。

#### 医 師

…ご契約者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。  
嘱託1名の医師を配置しています。

#### 栄養士

…ご契約者に対して、栄養・嗜好に考慮した食事の提供を行います。

## 8. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- 1 利用料金が介護保険から給付される場合
- 2 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

## (1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第3条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

### ＜サービスの概要＞

#### ①食事

- ・当施設では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
- ・（食事時間）

|     |       |   |       |
|-----|-------|---|-------|
| 朝食： | 8：00  | ～ | 10：00 |
| 昼食： | 12：00 | ～ | 14：00 |
| 夕食： | 18：00 | ～ | 20：00 |

#### ②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

#### ③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

#### ④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。

#### ⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

#### ⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

#### ⑦定例行事及び全員参加するレクリエーション

### ＜サービス利用料金（1日当り）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度及び負担割合に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額（自己負担額）と居住費及び食費の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

**サービス利用料金表**  
**【自己負担割合 1 割の方】**

**＜ユニット型個室の場合＞**

| 要介護度                   | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金        | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額     | 6,138 円 | 6,777 円 | 7,452 円 | 8,109 円 | 8,739 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額 (1－2) | 682 円   | 753 円   | 828 円   | 901 円   | 971 円   |
| 4 居住費                  | 2,066 円 |         |         |         |         |
| 5 食費                   | 1,545 円 |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計 (3+4+5)      | 4,293 円 | 4,364 円 | 4,439 円 | 4,512 円 | 4,582 円 |

**【自己負担割合 2 割の方】**

**＜ユニット型個室の場合＞**

| 要介護度                   | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金        | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額     | 5,456 円 | 6,024 円 | 6,624 円 | 7,208 円 | 7,768 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額 (1－2) | 1,364 円 | 1,506 円 | 1,656 円 | 1,802 円 | 1,942 円 |
| 4 居住費                  | 2,066 円 |         |         |         |         |
| 5 食費                   | 1,545 円 |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計 (3+4+5)      | 4,975 円 | 5,117 円 | 5,267 円 | 5,413 円 | 5,553 円 |

**【自己負担割合 3 割の方】**

**＜ユニット型個室の場合＞**

| 要介護度                   | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金        | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額     | 4,774 円 | 5,271 円 | 5,796 円 | 6,307 円 | 6,797 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額 (1－2) | 2,046 円 | 2,259 円 | 2,484 円 | 2,703 円 | 2,913 円 |
| 4 居住費                  | 2,066 円 |         |         |         |         |
| 5 食費                   | 1,545 円 |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計 (3+4+5)      | 5,657 円 | 5,870 円 | 6,095 円 | 6,314 円 | 6,524 円 |

なお、保険者（市区町村）への申請により、介護保険負担限度額の認定を受けている方は、所得に応じて利用者負担の軽減措置がありますので、実際に負担していただく額は、以下の通りとなります。

### 介護保険負担限度額認定者のサービス利用料金

#### 利用者負担第1段階：例）生活保護受給者

| 要介護度                  | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金       | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額    | 6,138 円 | 6,777 円 | 7,452 円 | 8,109 円 | 8,739 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 682 円   | 753 円   | 828 円   | 901 円   | 971 円   |
| 4 居住費                 | 880 円   |         |         |         |         |
| 5 食費                  | 300 円   |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計（3＋4＋5）      | 1,862 円 | 1,933 円 | 2,008 円 | 2,081 円 | 2,151 円 |

#### 利用者負担第2段階：例）年金 80 万円以下等の者

| 要介護度                  | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金       | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額    | 6,138 円 | 6,777 円 | 7,452 円 | 8,109 円 | 8,739 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 682 円   | 753 円   | 828 円   | 901 円   | 971 円   |
| 4 居住費                 | 880 円   |         |         |         |         |
| 5 食費                  | 390 円   |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計（3＋4＋5）      | 1,952 円 | 2,023 円 | 2,098 円 | 2,171 円 | 2,241 円 |

#### 利用者負担第3段階①

| 要介護度                  | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金       | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額    | 6,138 円 | 6,777 円 | 7,452 円 | 8,109 円 | 8,739 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額（1－2） | 682 円   | 753 円   | 828 円   | 901 円   | 971 円   |
| 4 居住費                 | 1,370 円 |         |         |         |         |
| 5 食費                  | 680 円   |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計（3＋4＋5）      | 2,732 円 | 2,803 円 | 2,878 円 | 2,951 円 | 3,021 円 |

利用者負担第3段階②

| 要介護度                      | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 ご契約者のサービス利用料金           | 6,820 円 | 7,530 円 | 8,280 円 | 9,010 円 | 9,710 円 |
| 2 うち、介護保険から給付される金額        | 6,138 円 | 6,777 円 | 7,452 円 | 8,109 円 | 8,739 円 |
| 3 サービス利用に係る自己負担額<br>(1－2) | 682 円   | 753 円   | 828 円   | 901 円   | 971 円   |
| 4 居住費                     | 1,470 円 |         |         |         |         |
| 5 食費                      | 1,420 円 |         |         |         |         |
| 6 自己負担額合計<br>(3＋4＋5)      | 3,572 円 | 3,643 円 | 3,718 円 | 3,791 円 | 3,861 円 |

また、その他介護給付サービス加算として、以下を加算させていただく場合があります。

下記負担額は1日あたりの料金です。

| 費目              | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                                          | 負担割合  |       |         |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|---------|
|                 |                                                                                                                                                                   | 1 割   | 2 割   | 3 割     |
| 日常生活継続支援加算（Ⅱ）   | 算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数のうち、要介護4又は5の者の占める割合が70%かつ入所者6人に対して介護福祉士を1名以上配置している場合                                                                              | 46 円  | 92 円  | 138 円   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 介護職員の総数のうち、介護福祉士が80%以上または勤続10年以上の介護福祉士が35%以上である場合                                                                                                                 | 22 円  | 44 円  | 66 円    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 介護職員の総数のうち、介護福祉士が60%以上である場合                                                                                                                                       | 18 円  | 36 円  | 54 円    |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 介護職員の総数のうち、介護福祉士が50%以上または常勤職員が75%以上または勤続7年以上の職員が30%以上である場合                                                                                                        | 6 円   | 12 円  | 18 円    |
| 看護体制加算（Ⅰ）イ      | 常勤の看護師を1名以上配置している場合                                                                                                                                               | 12 円  | 24 円  | 36 円    |
| 看護体制加算（Ⅱ）イ      | 看護職員を常勤換算方法で2名以上配置し、看護職員等との連携により24時間連絡できる体制を確保している場合                                                                                                              | 23 円  | 46 円  | 69 円    |
| 夜勤職員配置加算（Ⅱ）イ    | 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員または看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員または看護職員を配置している場合                                                                                         | 46 円  | 92 円  | 138 円   |
| 夜勤職員配置加算（Ⅳ）イ    | 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準に規定する夜勤を行う介護職員または看護職員の数に1を加えた数以上の数の介護職員または看護職員を配置し、夜勤時間帯を通じて看護職員又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合                                                     | 61 円  | 122 円 | 183 円   |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ）     | 常勤専従の機能訓練指導員を配置し、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合                                                                                                              | 12 円  | 24 円  | 36 円    |
| 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、必要な情報を活用した場合（1月につき）                                                                                           | 20 円  | 40 円  | 60 円    |
| 個別機能訓練加算（Ⅲ）     | 個別機能訓練加算（Ⅱ）口腔衛生管理加算（Ⅱ）栄養マネジメント強化加算を算定し、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必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び栄養状態に関する情報を相互に共有し、必要に応じ計画の見直し、情報共有している場合（1月につき） | 20 円  | 40 円  | 60 円    |
| 栄養マネジメント強化加算    | 管理栄養士を常勤換算方法で入所者の数を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し、栄養ケア計画に基づき食事の観察を週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を実施し、入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合  | 11 円  | 22 円  | 33 円    |
| 経口維持加算（Ⅰ）       | 経口により食事を摂取され、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管理栄養士等が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、入所者ごとに経口維持計画を作成し、栄養管理を行った場合（1月につき）                                       | 400 円 | 800 円 | 1,200 円 |

| 費目          | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                        |                    | 負担割合    |         |         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------|---------|---------|
|             |                                                                                                                                                 |                    | 1 割     | 2 割     | 3 割     |
| 経口維持加算（Ⅱ）   | 経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であり、食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合（1 月につき）                                                               |                    | 100 円   | 200 円   | 300 円   |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うとともに、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年 2 回以上実施した場合（1 月につき） |                    | 90 円    | 180 円   | 270 円   |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 口腔衛生管理加算Ⅰに加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合（1 月につき）                                                                              |                    | 110 円   | 220 円   | 330 円   |
| 療養食加算       | 別に定める療養食の提供が、管理栄養士によって管理されており、年齢、心身の状況により適切な栄養量及び内容の食事の提供が行われている場合（1 食につき）                                                                      |                    | 6 円     | 12 円    | 18 円    |
| 再入所時栄養連携加算  | 医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合又は厚生労働大臣が定める特別食を必要とする場合に、管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合（1 回限り）                                 |                    | 400 円   | 800 円   | 1,200 円 |
| 精神科医療養指導加算  | 認知症である入所者が全体の 3 分の 1 以上で精神科担当する医師による定期的な療養指導が月に 2 回以上行われている場合                                                                                   |                    | 5 円     | 10 円    | 15 円    |
| 配置医師緊急時対応加算 | 配置医師が施設の求めに応じ、早朝（6 時から 8 時）・夜間（18 時から 22 時）・深夜（22 時から 6 時）又は配置医師の勤務時間外（早朝、夜間、深夜を除く）に施設を訪問し、入所者の診療を行った場合                                         | 通所の勤務時間外の場合        | 325 円   | 650 円   | 975 円   |
|             |                                                                                                                                                 | 早朝・夜間の場合           | 650 円   | 1,300 円 | 1,950 円 |
|             |                                                                                                                                                 | 深夜の場合              | 1,300 円 | 2,600 円 | 3,900 円 |
| 看取り介護加算（Ⅰ）  | 常勤の看護師を 1 名以上配置し、24 時間連絡体制を確保し、看取りに関する指針を定め、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の内容に沿った看取り介護を行った場合                                               | 死亡日以前 31 日～45 日以下  | 72 円    | 144 円   | 216 円   |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 144 円   | 288 円   | 432 円   |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日の前日及び前々日        | 680 円   | 1,360 円 | 2,040 円 |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日                | 1,280 円 | 2,560 円 | 3,840 円 |
| 看取り介護加算（Ⅱ）  | 常勤の看護師を 1 名以上配置し、24 時間連絡体制を確保し、看取りに関する指針を定め、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の内容に沿った取り組みを行い、医療提供体制を整備し、施設内で実際に看取り介護を行った場合                     | 死亡日以前 31 日～45 日以下  | 72 円    | 144 円   | 216 円   |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日以前 4 日以上 30 日以下 | 144 円   | 288 円   | 432 円   |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日の前日及び前々日        | 780 円   | 1,560 円 | 2,340 円 |
|             |                                                                                                                                                 | 死亡日                | 1,580 円 | 3,160 円 | 4,740 円 |

| 費目             | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                                                     | 負担割合  |       |       |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                |                                                                                                                                                                              | 1 割   | 2 割   | 3 割   |
| 排せつ支援加算<br>（Ⅰ） | 医師または医師と連携した看護師が施設入所時等に評価するとともに、少なくとも 3 月に 1 回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し 3 月に 1 回入所者ごとに支援計画を見直している場合（1 月につき） | 10 円  | 20 円  | 30 円  |
| 排せつ支援加算<br>（Ⅱ） | 排せつ支援加算Ⅰの要件を満たしており、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないまたはおむつ使用ありから使用なしに改善している場合又は入所時に尿道カテーテル留置していた者について尿道カテーテルが抜去された場合（1 月につき）  | 15 円  | 30 円  | 45 円  |
| 排せつ支援加算<br>（Ⅲ） | 排せつ支援加算Ⅰの要件を満たしており、適切な対応を行うことにより要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がないかつ、おむつ使用ありから使用なしに改善している場合又は入所時に尿道カテーテル留置していた者について尿道カテーテルが抜去された場合（1 月につき）  | 20 円  | 40 円  | 60 円  |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）  | 褥瘡の発生と関連のあるリスクについて施設入所時等に評価するとともに、少なくとも 3 月に 1 回評価を行い、結果等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用し、褥瘡リスクがあるとされた入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、少なくとも 3 月に 1 回計画を見直している場合（1 月につき）                         | 3 円   | 6 円   | 9 円   |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）  | 褥瘡マネジメント加算Ⅰを満たしており、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者について、褥瘡が治癒したこと又は褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生がない場合（1 月につき）                                                                      | 13 円  | 26 円  | 39 円  |
| 初期加算           | 新規入所または 30 日を超えて入院後、再入所した場合の最初の 30 日間（1 日につき）                                                                                                                                | 30 円  | 60 円  | 90 円  |
| 外泊入院時費用        | 入院又は居宅に外泊された際、1 月に 6 日（月をまたいで連続した場合は最長 12 日間）を限度とし、所定単位数に代えて算定（1 日につき）                                                                                                       | 246 円 | 492 円 | 738 円 |
| 自立支援促進加算       | 医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、6 月に 1 回医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画を策定し、3 月に 1 回、支援計画の見直しを行い、医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合（1 月につき）                                 | 280 円 | 560 円 | 840 円 |

| 費目                 | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                                                                                                                                              | 負担割合  |       |       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 割   | 2 割   | 3 割   |
| ADL 維持等加算<br>（Ⅰ）   | 利用開始月と、当該月の翌月から起算して 6 月目において、Barthel Index を適切に評価できる者が ADL 値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出し、必要な情報を活用し、かつ利用開始月の翌月から起算して 6 月目の月に測定した ADL 値から利用開始月に測定した ADL 値を控除して得た値に、初月の ADL 値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えた ADL 利得の上位及び下位それぞれ 1 割のものを除く評価対象利用者の ADL 利得を平均して得た値が 1 以上である場合（1 月につき） | 30 円  | 60 円  | 90 円  |
| ADL 維持等加算<br>（Ⅱ）   | ADL 維持等加算Ⅰの要件に加え、評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 3 以上である場合（1 月につき）                                                                                                                                                                                                       | 60 円  | 120 円 | 180 円 |
| 科学的介護推進<br>体制加算（Ⅰ） | 入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなどサービス提供にあたり、必要な情報を活用している場合（1 月につき）                                                                                                                                                   | 40 円  | 80 円  | 120 円 |
| 科学的介護推進<br>体制加算（Ⅱ） | 科学的介護推進体制加算Ⅰの要件に加え、疾病の状況等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合（1 月につき）                                                                                                                                                                                                         | 50 円  | 100 円 | 150 円 |
| 安全対策体制加<br>算       | 外部の研修を受けた担当者を配置し、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を整備している場合（入所時に 1 回）                                                                                                                                                                                                    | 20 円  | 40 円  | 60 円  |
| 認知症専門ケア<br>加算（Ⅰ）   | 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の入所者が 50%以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 名未満の場合は 1 名以上、20 名以上の場合は 1 に当該対象者の数が 19 を超えて 10 または端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施した場合                                                                                                  | 3 円   | 6 円   | 9 円   |
| 認知症専門ケア<br>加算（Ⅱ）   | 認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修終了者を 1 名以上配置し、全体の認知症ケアの指導等を実施し、職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施した場合                                                                                                                                                                         | 4 円   | 8 円   | 12 円  |
| 協力医療機関連携<br>加算（Ⅰ）  | 協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催し、①入所者等の病状が急変した場合、医師又は看護職員が相談体制を行う体制を常時確保していること。②高齢者施設等からの診察の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。③入所者等の病状が急変した場合に、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。<br>上記①～③の要件を満たす場合（1 月につき）                                          | 50 円  | 100 円 | 150 円 |
| 協力医療機関連携<br>加算（Ⅱ）  | 協力医療機関連携加算（Ⅰ）の①～③の要件を満たす以外の場合（1 月につき）                                                                                                                                                                                                                                 | 5 円   | 10 円  | 15 円  |
| 退所時情報提供加<br>算      | 入所者等が医療機関へ退所した際、生活支援上の留意点等の情報提供を行った場合（1 回に限り）                                                                                                                                                                                                                         | 250 円 | 500 円 | 750 円 |

| 費目                    | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 負担割合  |       |       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 割   | 2 割   | 3 割   |
| 高齢者施設等感染対策向上加算<br>（Ⅰ） | 感染症法第 6 条第 17 項に規定する第 2 種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。協力医療機関との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関と連携し適切に対応していること。診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に 1 年に 1 回以上参加していること。上記要件を満たした場合に算定（1 月につき）                                                                                                                                                              | 10 円  | 20 円  | 30 円  |
| 高齢者施設等感染対策向上加算<br>（Ⅱ） | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から 3 年に 1 回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導をうけている場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5 円   | 10 円  | 15 円  |
| 新興感染症等施設療養費           | 入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合（1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として 1 日につき）                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 240 円 | 480 円 | 720 円 |
| 退所時栄養情報連携加算           | 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者で、管理栄養士が退所先の医療機関等に対し栄養管理に関する情報を提供した場合（1 月に 1 回限り）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 70 円  | 140 円 | 210 円 |
| 認知症チームケア推進加算<br>（Ⅰ）   | （1）施設における入所者総数のうち、周囲のものによる日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が 2 分の 1 以上（2）認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を 1 名以上配置し、かつ複数の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること。（3）対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防に資するチームケアを実施している。（4）認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること。<br>上記要件を満たした場合に算定（1 月につき） | 150 円 | 300 円 | 450 円 |

| 費目              | 算定要件（抜粋）                                                                                                                                                                  | 負担割合  |       |       |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
|                 |                                                                                                                                                                           | 1 割   | 2 割   | 3 割   |
| 認知症チームケア推進加算（Ⅱ） | 認知症チームケア推進加算（Ⅰ）算定要件の（1）、（3）、（4）に掲げる基準に適合し、認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる場合（1月につき）                              | 120 円 | 240 円 | 360 円 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ）  | 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。見守り機器等のテクノロジーを複数導入し、職員間の適切な役割分担の取組を行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）                           | 100 円 | 200 円 | 300 円 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）  | 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催、必要な安全対策を講じた上で生産性ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータ提供（オンライン）を行った場合（1月につき）    | 10 円  | 20 円  | 30 円  |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして洲本市長に届け出た指定地域密着型特別養護老人ホームであること<br>負担額⇒基本サービス費に適用加算を加えた単位数に17.6%を乗じた金額<br>（1割負担）<br>※2割負担の方は算出した金額の2倍の金額<br>※3割負担の方は算出した金額の3倍の金額 |       |       |       |

※加算を適用する場合、加算が適用される月の前月の15日までに、加算する費目を通知させていただきます。また、ご利用者の心身の状況等により、通知が事後になる場合があります。あらかじめ、ご了承ください。

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります（償還払い）。

償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

☆一時外泊について（契約書第23条参照）は、外泊期間中、全食とらない日数分の食事に係る負担額は、利用料金から差し引きます。但し、その間の居住費につきましては、負担額はお支払いいただきます。

☆ご契約者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額については、上表と異なることがあります。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第4条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### <サービスの概要と利用料金>

#### ①契約者が使用する居室料

ご契約者が使用するユニット型個室を提供します。

利用料金：居室に係る料金は、居室の概要での居室別料金表による。

#### ②契約者の食事の提供

ご契約者の栄養状態に適した食事を提供します。

利用料金：1日当たり 1,545 円

#### ③特別な食事の提供

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：特別な食事のために要した追加の費用

#### ④喫茶サービスの提供

ご契約者のご希望に基づいて毎月1回喫茶サービスを提供します。

利用料金：1回当たり 100 円

#### ⑤理髪・美容〔理髪サービス〕

ご契約者のご希望により、月に1回、理・美容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃り等）をご利用いただけます。

利用料金：実費となります。

#### ⑥貴重品管理サービス費

ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預けられている預金

原則として淡路信用金庫・淡陽信用組合・郵便局いずれかの預貯金通帳

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、介護保険者証、健康保険証など

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続の概要は以下の通りです。

- ・ 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- ・ 保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・ 保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを2か月ごとにご契約者へ交付します。
- ・ 手続きは、別途定める入所者預り金取扱規程に従うものとします。

○利用料金：1か月当たり 1,000 円

## ⑦レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

- 1) 年間行事（行事にかかる経費の実費をいただきます。）
- 2) クラブ活動（材料代等の実費をいただきます。）

## ⑧複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合には実費相当分として下記の金額をご負担いただきます。

1 枚につき 10 円

## ⑨日常生活

日常生活用品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

衣服、スリッパ、歯ブラシ等、日常生活用品の購入を代行いたします。費用としては、代金の実費をいただきます。

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

## ⑩ご契約者の移送に係る費用

ご契約者の通院や入院及び外泊時の移送サービスを行います。

費用については、原則的に施設負担ですが、島外など遠距離等特別な場合は、実費相当額（高速料金等）をいただきます。

## ⑪契約書第 21 条に定める所定の料金

- 1) ご契約者が、本来の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係る料金

（1 日あたり居住費・食費も含む）

| ご契約者の<br>要介護度別料金 | 要介護度 1  | 要介護度 2  | 要介護度 3  | 要介護度 4  | 要介護度 5  |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                  | 4,293 円 | 4,364 円 | 4,439 円 | 4,512 円 | 4,582 円 |

ご契約者が、要介護認定で自立または要支援と判定された場合

10,431 円（1 日あたり居住費・食費も含む）

なお、この期間中においては、介護保険による給付があった場合には上記の表により計算した金額からこの介護保険給付額を控除することと致します。

### (3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記 1、2 の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求します。ア．以外については翌月 20 日までに以下の方法でお支払い下さい。1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

ア．下記のいずれかの金融機関の指定口座への口座振替（※振り込み手数料は不要です。）

○淡路信用金庫

○淡陽信用組合

○ゆうちょ銀行

イ．下記指定口座への振り込み（※振り込み手数料は、契約者のご負担になります。）

三井住友銀行 洲本支店 普通預金 5410286

五色サルビアホール（ゴシキサルビアホール）

※その他の支払い方法についてはご相談ください。

### (4) 入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

#### ① 協力医院

|       |               |
|-------|---------------|
| 医院の名称 | たかたクリニック      |
| 所在地   | 洲本市五色町鮎原西 1-1 |
| 診療科   | 内科            |

#### ② 協力医療機関

|       |                                                                        |
|-------|------------------------------------------------------------------------|
| 病院の名称 | 洲本伊月病院                                                                 |
| 所在地   | 洲本市桑間 423                                                              |
| 診療科   | 内科 外科 整形外科 脳神経外科 緩和ケア外科<br>泌尿器科 循環器内科 呼吸器内科 皮膚科<br>婦人科 乳腺外科 リハビリテーション科 |

#### ③ 協力歯科医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 柳澤歯科医院          |
| 所在地     | 洲本市五色町鳥飼上 987-2 |

## 9. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退居していただくことになります。（契約書第 15 条参照）

- ① 介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 要介護 1 または要介護 2 の認定を受けている方で、介護老人福祉施設・入所コーディネートマニュアルにおいて特例入所の要件に該当しない場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

### (1) ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

（契約書第 16 条、第 17 条参照）

契約の有効期間内であっても、ご契約者から当施設に退居を申し出ることができます。その場合には、退居を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第 18 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結に際して、その心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが 6 か月（最低 3 ヶ月）以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 契約者の行動が他の利用者やサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、あるいは、契約者が重大な自傷行為を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合。
- ⑤ ご契約者が連続して 3 ヶ月を越えて病院又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
- ⑥ ご契約者が介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設に入所した場合

→ 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 20 条参照）

当施設に入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

① 3 ヶ月以内の入院の場合

当初から 3 ヶ月以内の退院が見込まれて、実際に 3 ヶ月以内に退院された場合は退院後再び施設に入居することができます。

しかし、入院時に予定された退院日より早く退院した場合など、退院時に施設の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用していただく場合があります。

また、料金につきましては、入院の翌日から当該月 6 日間（当該入院が月をまたがる場合は最大 12 日間）の範囲内で、実際に入院した日数分で利用料金をご負担いただきます。

1 日当たり      2,066 円

（ご契約者の同意を得て、居室を短期入所生活介護[ショートステイ]等にご利用した場合にはこの料金は不要です。）

②3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3 ヶ月を越えて入院が見込まれる場合には、契約を解除する場合があります。  
但し、契約を解除した場合であっても、3 ヶ月以内に退院された場合には、再び当施設に入居できるよう努めます。

③3 ヶ月を越えて入院した場合

3 ヶ月を越えて入院した場合には、契約を解除する場合があります。  
この場合には、当施設に再び優先的に入居することはできません。

(3)円滑な退居のための援助（契約書第 19 条参照）

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 病院もしくは診療所または介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

10. 身元引受人（契約書第 22 条参照）

(1) 契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることになります。

しかしながら、入所者において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入所契約締結にあたって、身元引受人の必要はありません。

(2) 身元引受人には、これまで最も身近にいて、ご契約者のお世話をされてきた家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。

(3) 身元引受人は、ご契約者の利用料等の経済的な債務については、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。

また、こればかりではなく、ご契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退居する場合においては、その手続を円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には、当施設と協力、連携して退居後のご契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。

(4) ご契約者が入居中に死亡した場合においては、そのご遺体や残置品（居室内に残置する日常生活品や身の回り品等であり、高価品は除外します）の引取り等の処理についても、身元引受人がその責任で行う必要があります。

貴重品として、施設が預かっている物、並びに金銭や預金通帳有価証券その他高価品等は残置品には含まれず、相続手続きに従って、その処理を行うことになります。

また、ご契約者が死亡されていない場合でも、入居契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置物をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人に

これを引き取っていただく場合があります。

これらの引取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。

- (5) 身元引受人が死亡したり破産宣告をうけた場合には、事業者は、あらたな身元引受人を立てていただくために、ご契約者にご協力をお願いする場合があります。
- (6) 身元引受人がご希望された場合には、利用料金の変更、施設サービス計画の変更等についてご通知させていただきます。

## 1.1. 苦情の受付について（契約書第 25 条参照）

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口〔氏 名〕 中村 洋介

〔職 名〕 生活相談員

受付時間 毎週月曜日～金曜日 10：00～16：00

（連絡先： 0799－33－0503）

○苦情解決責任者

〔氏 名〕 柏木 良介

〔職 名〕 施設長

○第三者委員（2 名）

〔氏 名〕 船越 健司 越田 まさよ

苦情解決第三者委員は社会福祉法人洲本たちばな福祉会と社会福祉法人洲本市社会福祉協議会との共同設置です。

連絡先：洲本市社会福祉協議会 0799－26－0022）

なお、苦情の受付窓口は、受付担当者となります。また、第三者委員も直接苦情を受け付けることが出来ます。さらに第三者委員は、苦情解決を円滑に図るため双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方との話し合いによって円滑な解決に努めます。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                                   |          |                             |
|-----------------------------------|----------|-----------------------------|
| ○国民健康保険<br>団体連合会                  | 所在地      | 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1－1801 号 |
|                                   | 電話番号     | (078) 332－5617              |
|                                   | F A X 番号 | (078) 332－5650              |
|                                   | 受付時間     | 9：00 ～ 17：15（月）～（金）         |
| ○洲本市役所<br>健康福祉部<br>介護福祉課<br>介護保険係 | 所在地      | 洲本市本町三丁目 4 番 10 号           |
|                                   | 電話番号     | (0799) 22－9333              |
|                                   | F A X    | (0799) 26－0552              |
|                                   | 受付時間     | 8：30 ～ 17：15（月）～（金）         |

## 1 2. サービス提供における事業者の義務（契約書第 8 条、第 9 条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
- ③非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、運営規程に基づいて定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- ④ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新申請のために必要な援助を行います。
- ⑤ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5 年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。  
ただし、複写費用については、重要事項説明書記載のコピー代をいただきます。
- ⑥ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。  
ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載するなどして、適正な手続により身体等を拘束する場合があります。
- ⑦事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はその家族に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。  
ただし、ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約者の円滑な退居のために援助を行う際に情報提供を必要とする場合には、ご契約者の同意を得ておこないます。

## 1 3. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入居されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

### (1) 持ち込みの制限

入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。

- ・居室内及び居室内の家具に入りきらない物
- ・観賞用魚類等を除く動物
- ・防火対策上、危険と思われる物

### (2) 面 会

面会時間 10：00 ～ 17：30

来訪者は、必ずその都度職員に届け出て、来訪者名簿にご記入下さい。

### (3) 外出・外泊（契約書第 23 条参照）

外出、外泊をされる場合は、2 日前までにお申し出下さい。

緊急やむを得ない場合には、この届出は当日になってもかまいません。

但し、外泊については、原則として最長で月 7 泊（月をまたがる場合は、最大で連続

13泊)とさせていただきます。

#### (4) 食事

食事が不要な場合は、前日までに申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、前記8(1)(サービス利用料金表記載参照)に定める「食事に係る自己負担額」は徴収いたしません。

#### (5) 施設・設備の使用上の注意(契約書第10条・第11条参照)

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但しその場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入居者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動などを行うことはできません。

#### (6) 喫煙

敷地内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

### 14. 事故発生時の対応について

事故が発生した場合には、契約者やその家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じるとともに、必要に応じて洲本市介護保険事故報告取扱い要領に従い、保険者等に報告します。

### 15. 損害賠償について(契約書第12条、第13条参照)

(1) 当施設において、事業者の責任によりご契約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。

但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(2) 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

①契約者(その家族、身元引受人等も含む)が、契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行なったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

②契約者(その家族、身元引受人も含む)が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行なったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

③契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

④契約者が、事業者もしくはサービス従業者の指示等に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合

16. 重要事項に記載されている内容が変更された場合、以下の通り通知いたします。

- ・担当者の変更等、軽微なものは口頭でお知らせします。
- ・その他の内容については文書でお知らせします。
- ・制度改正等による大幅な変更は、文書でお知らせするとともに、場合によっては契約を更改させていただきます。

# 「地域密着型特別養護老人ホーム 五色・サルビアホール 重要事項説明書」 同意書

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設での入居サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定地域密着型特別養護老人ホーム 五色・サルビアホール

説明者職名 \_\_\_\_\_ 氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

私達は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

契約者（利用者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

身元引受人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

契約者との続柄 \_\_\_\_\_

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が、契約者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

契約者との続柄 \_\_\_\_\_

※立会人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

契約者との続柄 \_\_\_\_\_

## 個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族等の個人情報については、令和 年 月 日付  
地域密着型特別養護老人ホーム五色・サルビアホール入居契約における秘密保持に関し、下  
記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

### 記

- 1 事業者が、介護保険法に関する法令に従い利用者のサービス計画に基づくサービス等  
を円滑に実施するため行うサービス担当者会議等において使用する場合
- 2 私（利用者）が入院等医療機関で受診するときに医療機関に対し、個人情報を使用する  
場合
- 3 事業者が、契約終了によって利用者を他の施設へ紹介するなどの援助を行うに際し必要  
な個人情報を使用する場合

令和 年 月 日

地域密着型特別養護老人ホーム 五色・サルビアホール 御中

利 用 者

住所

氏名

印

利用者は、署名ができないため、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者

住所

氏名

印