

「いぶき苑本館」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。

(岐阜県指定 第 2172400042 号)

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

◆◆目 次◆◆

1. 事業者の概要
2. ご利用施設
3. 施設の概要
4. 職員の配置体制及び勤務体制
5. 当施設が提供するサービスと利用料金
6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）
7. 緊急時の対応
8. 非常災害時の対策
9. 身体拘束の禁止について
10. 虐待防止に関する事項について
11. 苦情受付について
12. 施設利用の留意事項

1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 白寿会
(2) 法人所在地 岐阜県不破郡垂井町岩手 4538 番地
(3) 電話番号 0584-22-5211
(4) 代表者氏名 理事長 浅野 明彦
(5) 設立年月日 昭和55年11月17日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設 岐阜県第2172400042号
(2) 施設の目的 要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護老人福祉施設サービスを提供することを目的とします。また、施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅における生活復帰を念頭において、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いたします。
(3) 施設の名称 社会福祉法人 白寿会 いぶき苑
(4) 施設の所在地 岐阜県不破郡垂井町岩手 4538 番地
(5) 電話番号 0584-22-5211
(6) FAX番号 0584-22-5294
(7) 施設長（管理者） 宗宮 康浩
(8) 開設年月日 昭和56年4月1日
(9) 入所定員 60人（60床）

3. 設備等の概要

| 設備の種類 | | 数 | 入所定員 | 備考 |
|--------|-----|----|----------------------|-------|
| 居室 | 個室 | 40 | 40人 | 従来型個室 |
| | 2人室 | 2 | 4人 | 多床室 |
| | 4人室 | 4 | 16人 | 多床室 |
| 多目的ホール | | 1 | 132.93m ² | |
| 浴 室 | | 3 | 個浴・特浴完備 | |
| 医務室 | | 1 | 27.81m ² | |
| 事務室 | | 1 | 49.07m ² | |
| 静養室 | | 1 | 13.75m ² | |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に設置が義務付けられている施設・設備です。

4. 職員の配置体制及び勤務体制

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人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。

| 職種 | 員数 | 備考 |
|------------|-------|-----------|
| 1. 施設長 | 1名 | |
| 2. 事務長 | 1名 | |
| 3. 介護支援専門員 | 1名 | 兼務 |
| 4. 生活相談員 | 1名 | |
| 5. 介護職員 | 17名以上 | |
| 6. 看護職員 | 3名以上 | 夜間オンコール体制 |
| 7. 管理栄養士 | 2名 | |
| 8. 機能訓練指導員 | 1名 | |
| 9. 医師 | 2名 | 非常勤・嘱託 |

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

ご利用者各々の施設介護サービス計画書（ケアプラン）に基づいて、介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

① 栄養

常勤（兼務）の管理栄養士を配置し、利用者の年齢、心身の状況に合わせた適切な栄養量および内容の食事を提供します。

食事時間 朝食 8：00 昼食 12：00 夕食 18：00

ご利用者個々に対して栄養維持のためのスクリーニング、アセスメント、栄養計画、モニタリング等の栄養マネジメントを行います。

② 入浴

- ・基本週2回、利用者個々に応じた入浴設備を使用し、入浴していただきます。
- ・ただし、体調不良の場合は中止することがあります。

③ 排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用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

- ・機能訓練指導員がご利用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 日常生活支援

- ・離床、朝夕の着替え、衣類等の選択、その他身の回りのお手伝いなどを行います。

⑥ 生活相談

- ・日常の生活における様々な困り事、悩み事などの相談に隨時対応します。

⑦ 健康管理

- ・年2回の定期健康診断を行うと共に、嘱託医による回診を行います。

内科医師 浅野 明彦 週2日 月・金 14：00～15：30

精神科医師 岩戸 敏廣 月2日 第2・4木曜 13：30～15：00

(2) サービス利用料金（1日あたり）

【従来型個室を利用する場合】

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じた介護報酬の1割（自己負担額）と食費・居住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。）

| | 介護度 | 介護サービス費 | 食費 | 居住費 | 合計 | |
|--|-----------------------|---------|-----|--------|-----|--------|
| 市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯 | 第 1 段 階 | 要介護 1 | 589 | 300 | 380 | 1, 269 |
| | | 要介護 2 | 659 | 300 | 380 | 1, 339 |
| | | 要介護 3 | 732 | 300 | 380 | 1, 412 |
| | | 要介護 4 | 802 | 300 | 380 | 1, 482 |
| | | 要介護 5 | 871 | 300 | 380 | 1, 551 |
| | 第 2 段 階 | 要介護 1 | 589 | 390 | 480 | 1, 459 |
| | | 要介護 2 | 659 | 390 | 480 | 1, 529 |
| | | 要介護 3 | 732 | 390 | 480 | 1, 602 |
| | | 要介護 4 | 802 | 390 | 480 | 1, 672 |
| | | 要介護 5 | 871 | 390 | 480 | 1, 741 |
| | 第 3 段 階 ① | 要介護 1 | 589 | 650 | 880 | 2, 119 |
| | | 要介護 2 | 659 | 650 | 880 | 2, 189 |
| | | 要介護 3 | 732 | 650 | 880 | 2, 262 |
| | | 要介護 4 | 802 | 650 | 880 | 2, 332 |
| | | 要介護 5 | 847 | 650 | 880 | 2, 377 |
| | 第 3 段 階 ② | 要介護 1 | 589 | 1, 360 | 880 | 2, 829 |
| | | 要介護 2 | 659 | 1, 360 | 880 | 2, 899 |
| | | 要介護 3 | 732 | 1, 360 | 880 | 2, 972 |
| | | 要介護 4 | 802 | 1, 360 | 880 | 3, 042 |
| | | 要介護 5 | 871 | 1, 360 | 880 | 3, 111 |

※第1段階から第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

| | | 介護度 | 介護サービス費 | 食費 | 居住費 | 合計 |
|------------------|------------|------|---------|-------|-------|-------|
| 課 税 世 帯 | 第4段階 1割 | 要介護1 | 589 | 1,500 | 1,231 | 3,320 |
| | | 要介護2 | 659 | 1,500 | 1,231 | 3,390 |
| | | 要介護3 | 732 | 1,500 | 1,231 | 3,463 |
| | | 要介護4 | 802 | 1,500 | 1,231 | 3,533 |
| | | 要介護5 | 871 | 1,500 | 1,231 | 3,602 |
| | 第4段階 2割 | 要介護1 | 1,178 | 1,500 | 1,231 | 3,909 |
| | | 要介護2 | 1,318 | 1,500 | 1,231 | 4,049 |
| | | 要介護3 | 1,464 | 1,500 | 1,231 | 4,195 |
| | | 要介護4 | 1,604 | 1,500 | 1,231 | 4,335 |
| | | 要介護5 | 1,742 | 1,500 | 1,231 | 4,473 |
| | 第4段階 3割 | 要介護1 | 1,767 | 1,500 | 1,231 | 4,498 |
| | | 要介護2 | 1,977 | 1,500 | 1,231 | 4,708 |
| | | 要介護3 | 2,196 | 1,500 | 1,231 | 4,927 |
| | | 要介護4 | 2,406 | 1,500 | 1,231 | 5,137 |
| | | 要介護5 | 2,613 | 1,500 | 1,231 | 5,344 |

【多床室を利用する場合】

| | | 介護度 | 介護サービス費 | 食費 | 居住費 | 合計 |
|--|-----------------------|-------|---------|-------|-----|-------|
| 市 町 村 民 税 非 課 税 世 帯 | 第 1 段 階 | 要介護 1 | 589 | 300 | 0 | 889 |
| | | 要介護 2 | 659 | 300 | 0 | 959 |
| | | 要介護 3 | 732 | 300 | 0 | 1,032 |
| | | 要介護 4 | 802 | 300 | 0 | 1,102 |
| | | 要介護 5 | 871 | 300 | 0 | 1,171 |
| | 第 2 段 階 | 要介護 1 | 589 | 390 | 430 | 1,409 |
| | | 要介護 2 | 659 | 390 | 430 | 1,479 |
| | | 要介護 3 | 732 | 390 | 430 | 1,552 |
| | | 要介護 4 | 802 | 390 | 430 | 1,622 |
| | | 要介護 5 | 871 | 390 | 430 | 1,691 |
| | 第 3 段 階 ① | 要介護 1 | 589 | 650 | 430 | 1,669 |
| | | 要介護 2 | 659 | 650 | 430 | 1,739 |
| | | 要介護 3 | 732 | 650 | 430 | 1,812 |
| | | 要介護 4 | 802 | 650 | 430 | 1,882 |
| | | 要介護 5 | 871 | 650 | 430 | 1,951 |
| | 第 3 段 階 ② | 要介護 1 | 589 | 1,360 | 430 | 2,379 |
| | | 要介護 2 | 659 | 1,360 | 430 | 2,449 |
| | | 要介護 3 | 732 | 1,360 | 430 | 2,522 |
| | | 要介護 4 | 802 | 1,360 | 430 | 2,592 |
| | | 要介護 5 | 871 | 1,360 | 430 | 2,661 |

※第1段階から第3段階の軽減適用を受けるには、市町村の発行する「介護保険負担限度額認定証」等が必要です。

| | | 介護度 | 介護サービス費 | 食費 | 居住費 | 合計 |
|------|------------|------|---------|-------|-----|-------|
| 課税世帯 | 第4段階 1割 | 要介護1 | 589 | 1,500 | 915 | 3,004 |
| | | 要介護2 | 659 | 1,500 | 915 | 3,074 |
| | | 要介護3 | 732 | 1,500 | 915 | 3,147 |
| | | 要介護4 | 802 | 1,500 | 915 | 3,217 |
| | | 要介護5 | 871 | 1,500 | 915 | 3,286 |
| | 第4段階 2割 | 要介護1 | 1,178 | 1,500 | 915 | 3,593 |
| | | 要介護2 | 1,318 | 1,500 | 915 | 3,733 |
| | | 要介護3 | 1,464 | 1,500 | 915 | 3,879 |
| | | 要介護4 | 1,604 | 1,500 | 915 | 4,019 |
| | | 要介護5 | 1,742 | 1,500 | 915 | 4,157 |
| | 第4段階 3割 | 要介護1 | 1,767 | 1,500 | 915 | 4,182 |
| | | 要介護2 | 1,977 | 1,500 | 915 | 4,392 |
| | | 要介護3 | 2,196 | 1,500 | 915 | 4,611 |
| | | 要介護4 | 2,406 | 1,500 | 915 | 4,821 |
| | | 要介護5 | 2,613 | 1,500 | 915 | 5,028 |

(3) 加算額（以下については条件が整い次第加算させて頂きます。）

| 加算種別 | 加算要件 | 負担額（1割） | 負担額（2割） | 負担額（3割） |
|-----------------|--|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 科学的介護推進体制加算（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ていること | 40 単位/月 | 80 単位/月 | 120 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）に加えて疾病の状況や服薬情報等の情報を提出する | 50 単位/月 | 100 単位/月 | 150 単位/月 |
| 看護体制加算（I）（II） | 常勤の看護師の配置や基準を上回る看護職員を配置している場合 | （I）4 単位/日 （II）8 単位/日 | （I）8 単位/日 （II）16 単位/日 | （I）12 単位/日 （II）24 単位/日 |
| 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行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加。医学的評価の結果、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種が共同して計画を策定し実施。医学的評価に基づき支援計画を見直す | 280 単位/月 | 560 単位/月 | 840 単位/月 |
| 日常生活継続支援加算 | 新規入所者総数のうち、 ・要介護度4～5の割合が70%以上 ・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上 ・痰の吸引等が必要な方の割合15%以上 上記のいずれかの条件を満たしており、介護職員で介護福祉士の資格を有する職員が入所者に対して6又はその端数を増すごとに1人以上配置している場合 | 46 単位/日 | 92 単位/日 | 138 単位/日 |
| 夜勤職員配置加算（IV） | 基準を上回る夜勤職員を配置している場合。夜勤時間帯を通じて、看護職員または喀痰吸引等の実施ができる介護職員が最低基準を1人以上上回っている場合 | 21 単位/日 | 42 単位/日 | 63 単位/日 |

| | | | | |
|-----------------|--|------------------|------------------|------------------|
| 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 50 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こと 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こと | 11 単位/日 | 22 単位/日 | 33 単位/日 |
| 認知症専門ケア加算（I） | ①認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の 50% 以上 ②認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 人以上配置し、20 人以上の場合は 10 又はその端数を増すごとに 1 人以上を配置 ③職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的に実施 | 3 単位/日 | 6 単位/日 | 9 単位/日 |
| 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 | 20 単位 (入所時のみ) | 40 単位 (入所時のみ) | 60 単位 (入所時のみ) |
| 初期加算 | 入所日から 30 日以内の期間と 30 日を超える入院後再入所する場合 | 30 単位/日 | 60 単位/日 | 90 単位/月 |
| 生産性向上推進体制加算（I） | （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たこと。 ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ・職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。 ・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の提供を行うこと。 | 100 単位/月 | 200 単位/月 | 300 単位/月 |
| 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や必要な安全 対策を講じた上で、生産性向上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 つ以上導入していること。 ・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の提供を行うこと。 | 10 単位/月 | 20 単位/月 | 30 単位/月 |
| 生活機能向上連携加算 | リハビリテーション専門職や医師が事業所等を訪問し、共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画等を作成 | 100 単位/月 | 200 単位/月 | 300 単位/月 |
| ADL 維持等加算（I） | ①利用者（評価対象利用期間が 6 月を超える者）の総数が 10 人以上であること。②ADL 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ていること。③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、初月の ADL 値や要介護度認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済 ADL 利得）について、利用者等から整済 ADL 利得の上位及び下位それぞれ 1 割の者を評価対 | 30 単位/月 | 60 単位/月 | 90 単位/月 |

| | | | | |
|--------------------|---|----------|----------|----------|
| | 象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済 ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること | | | |
| ADL 維持等加算（II） | ADL 維持等加算（I）の①と②の要件を満たすこと 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 以上であること | 60 単位/月 | 120 単位/月 | 180 単位/月 |
| 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 日を限度として算定する | 240 単位/日 | 480 単位/日 | 720 単位/日 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（I） | 感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二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 協力医療機関等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等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 | 10 単位/月 | 20 単位/月 | 30 単位/月 |
| 高齢者施設等感染対策向上加算（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受けていること。 | 5 単位/月 | 10 単位/月 | 15 単位/月 |
| 協力医療機関連携加算 | ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者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。 イ 1 年に 1 回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこと。 ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めること。 | 100 単位/月 | 200 単位/月 | 300 単位/月 |
| 個別機能訓練加算（I） | 機能訓練指導員の職務に従事する専門職員を 1 人以上配置し、個別機能訓練計画を作成し、その計画に基づき計画的に機能訓練を行う | 12 単位/日 | 24 単位/日 | 36 単位/日 |
| 個別機能訓練加算（II） | （I）を算定している入所者に対して、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 | 20 単位/月 | 40 単位/月 | 60 単位/月 |

| | | | | |
|----------------|--|--|--|--|
| | 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 | | | |
| 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の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 | 40単位/月 | 60単位/月 |
| 褥瘡マネジメント加算(I) | 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて評価し、その結果、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同し、計画を作成し実施するとともに、その管理の内容や入所者ごとの状態について定期的に記録。少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直していること | 3単位/月 | 6単位/月 | 9単位/月 |
| 褥瘡マネジメント加算(II) | 褥瘡マネジメント加算(I)の算定要件を満たしており、入所時の評価の結果、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、褥瘡の発生がないこと | 13単位/月 | 26単位/月 | 39単位/月 |
| 精神科医療養指導加算 | 精神科医による療養指導が月2回行われている場合 | 5単位/日 | 10単位/日 | 15単位/日 |
| 排泄支援加算(I) | 要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が施設入所時に評価するとともに、少なくとも6月に1回評価を行う。その評価の結果、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、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施する | 10単位/月 | 20単位/月 | 30単位/月 |
| 排泄支援加算(II) | (I)の算定要件を満た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、施設入所時と比較して、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こと | 15単位/月 | 30単位/月 | 45単位/月 |
| 排泄支援加算(III) | (I)の算定要件を満た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、施設入所時と比較して、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こと | 20単位/月 | 40単位/月 | 60単位/月 |
| 看取り介護加算(I) | 亡日前45日を限度として死亡月に加算 (死亡日前45~31日) (死亡日前30~4日) (死亡日の前々日、前日) (死亡日) | 72単位/日 144単位/日 680単位/日 1280単位/日 | 144単位/日 288単位/日 1360単位/日 2560単位/日 | 216単位/日 432単位/日 2040単位/日 3840単位/日 |
| 口腔衛生管理加算II | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行った場合 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、口腔衛生等の管理の実施に当 | 110単位/月 | 220単位/月 | 330単位/月 |

| | | | | |
|--------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| | たって、当該情報その他口腔衛生等の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こと | | | |
| 経口維持加算 (I) (II) | (I)現に経口で食事摂取する方で、誤嚥が認められる入所者に対し、専門職員が共同して、栄養管理の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の場合で、計画に従い医師・歯科医の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行った場合 (II)施設が(I)を算定している場合で、経口による継続的な食事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・歯科衛生士が加わった場合 | (I) 400 単位/月 (II) 100 単位/月 | (I) 800 単位/月 (II) 200 単位/月 | (I) 1200 単位/月 (II) 300 単位/月 |
| 経口移行加算 | 経管栄養から経口による食事摂取を進めるための栄養管理を行った場合 | 28 単位/日 | 56 単位/日 | 84 単位/日 |
| 療養食加算 | 医師の指示に基づき腎臓病食や糖尿病食等の療養食の提供を行った場合(1日3回を限度) | 6 単位/回 | 12 単位/回 | 18 単位/回 |
| 外泊時加算 | 入院・外泊された場合(1ヶ月に6日間を限度) | 246 単位/日 | 492 単位/日 | 738 単位/日 |
| 再入所時栄養連携加算 | 入所者が医療機関に入院し退院する際に、必要となる栄養管理が入所時と大きく異なる場合、管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を作成した場合 栄養マネジメント加算を算定していること | 400 単位 (再入所時のみ) | 800 単位 (再入所時のみ) | 1200 単位 (再入所時のみ) |
| 退所時栄養情報連携加算 | 管理栄養士が、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等の栄養管理に関する情報について、他の介護保険施設や医療機関等に提供する場合 1月につき1回を限度として所定単位数を算定 | 70 単位/回 | 140 単位/回 | 210 単位/回 |
| 退所時情報提供加算 | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合 (1人につき1回限り) | 250 単位/回 | 500 単位/回 | 750 単位/回 |

- ・介護職員処遇改善加算：月間総単位数に8.3%
- ・介護職員等特定処遇改善加算：月間総単位数に2.7%
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算：月間総単位数に1.6%が上乗せされます。

※令和6年6月から上記3加算が廃止され、代わりに介護職員等処遇改善加算として14%が上乗せされます。

※外泊・入院時は介護サービス費に代えて外泊時加算を算定します。

従来型個室を利用し外泊又は入院した場合は下記について費用が必要です。

※外泊・入院時も居住費は発生します。負担限度額認定を受けている場合は、6日までは減免の対象となりますが、7日以降居室を確保される場合は1日当たり1,231円を負担していただきます。

4段階の方は1日目から1日当たり1,231円を負担していただきます。

(4) 入居時に必要なもの（例示）

| | |
|--------|--|
| 保険者証等 | 介護保険者証、国民（社会）保険者証、医療受給者証、被爆者手帳、身体障害者手帳、その他公的機関が発行する証明書 |
| 通帳及び印鑑 | 日常の金銭支払管理を行います。 |
| 衣類等 | 下着、普段着、寝巻き等 |
| 洗面用具 | 歯ブラシ、うがい用コップ、歯磨き粉、洗面器、その他必要なもの |
| 入浴用具 | シャンプー、リンス、ボディソープ、その他必要なもの |
| シューズ | 苑内用、外出用 |
| タオル | 洗面、入浴、個人用 |
| その他 | 残薬（施設で管理）、ボックスティッシュ、使い慣れた生活用品等 |

・生活用品は、施設管理の通帳から購入代行させて頂くことも可能です。

(5) 介護保険の給付対象とならないサービス

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。

| 項目 | 内容 | 利用料金 |
|-------------|--|--|
| おやつ代 | おやつ代(経管栄養の方を除く) | 100円/日 |
| 貴重品・金銭管理の費用 | ○管理する金銭の形態 施設の指定金融機関に預け入れている預金 ○出納方法 備え付けの届書提出⇒保管管理者が預入又は払出しを代行⇒入出金記録作成⇒ご家族に複写を交付 | 70円/日 |
| 複写物交付費 | 御利用者の必要な書類のコピーサービス | 実費相当額 (10円~) |
| 光熱費 | 電化製品を個人的に持ち込みされた場合。 例) テレビ・電気アンカ・加湿器等 | 家電1台につき10円/日 電気毛布、アンカ30円/日 |
| 予防接種代 | インフルエンザ予防接種を、年1回11月頃接種 | 実費相当額 |
| クリーニング | ご希望の場合は、職員までお申し付けください。 | 実費相当額 |
| 特別な食事 | ご希望に基づいて特別な食事を提供します。 | 実費相当額 |
| 残置物処分手数料 | 契約終了後、ご契約者の残置物処分を希望される場合は別途処分費用を申し受けます。 | ダンボール一箱 100円 ただし大型ゴミ等の場合は別途処分費用の実費をご負担頂きます。 |
| 理髪・美容 | カット・髪染め・パーマなど希望に応じた額 | 実費相当額 |
| 教養娯楽費 | 参加いただく施設のレクレーション、クラブ活動参加費として、個別材料費相当額をご負担いただきます。 | 実費相当額 |
| 医療処置材料費 | ・痰吸引のチューブ(経管栄養以外の方) ・口腔ケア用品等 | 実費相当費 |

(6) 入所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察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察・入院治療を義務付けるものではありません。）

協力医療機関

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 大垣徳洲会病院 |
| 所 在 地 | 大垣市林町 6-85-1 |
| 電 話 番 号 | 0584-77-6110 |

| | |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 新生病院 |
| 所 在 地 | 揖斐郡池田町本郷 1551-1 |
| 電 話 番 号 | 0585-45-3161 |

6. 施設を退所していただく場合（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。従って、以下のような事由が無い限り、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、ご契約者に退所していただくことになります。

- ①要介護認定によりご契約者的心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ②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ホームを開鎖した場合
- ③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提供が不可能になった場合
- ④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
- ⑤ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する7日前までに解約届出書をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所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、又は著しい不信任行為、その他本契約を継続し難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所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ①ご契約者が、契約締結時に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3か月以上遅延し、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、事業所又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、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ご契約者が、連続して3か月を超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※
- ⑤ご契約者が、介護老人保健施設に入所した場合、もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

利用者が病院等に入院された場合の対応について

当施設に入所中に、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入院等6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても、入院した日の翌日から6日以内は所定の利用料金をご負担いただきます。

1日あたり 1割負担の方 246円 2割負担の方 492円 3割負担の方 738円

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

入院当初から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には、退院後再び施設に入所することが出来ます。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月を超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、再び当施設に入所できるよう努めます。

④看取り介護を実施中の入院の場合

看取り介護を実施中に入院または退所されたとき、施設において看取り介護を直接行っていた場合であっても、退所した翌日から死亡日までは、看取り介護加算をご負担いただく必要はありません。又、退所した日の翌日から死亡日までの期間が46日以上となった場合、看取り介護加算の算定はありません。

(3) 円滑な退所のための援助

ご契約者が当施設を退所する場合には、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、円滑な退所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。

- ①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- ②居宅介護支援事業者の紹介
- ③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
- ④ご利用者の同意の基、必要に応じて、居宅地管轄の市町村及び地域包括支援センター又は老人介護支援センターに対し介護状況を示す文書による必要な情報提供を行う

7. 緊急時の対応について

(1) 事故発生時の対応について

サービスの提供により事故が発生した場合には、保証人等、該当する県・市町村および関係諸機関へ連絡する等必要な処置を講じ、事故の状況や事故に対して施設内の委員会で検討し、その記録するとともに、賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | |
|--------|------------------------|
| 損害保険会社 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名 | 社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」 |
| 保障の概要 | 施設における業務上過失の補償 |

(2) 状態急変時の対応

利用者の体調変化や病状の急変等の緊急時には、主治医・嘱託医並びに協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じ、身元引受人に連絡させて頂きます。状態によっては事業所の判断により救急車での搬送を要請する場合があります。

8. 非常災害時の対策

| 非常時の対応 | ・別途定める「社会福祉法人白寿会消防計画書」にのっとり対応を行います。 | | | |
|-----------------|--|----|-------------|----|
| 近隣との協力関係 | ・地震防災訓練、被害応急対策等の実施について、地域住民、防災関係機関等と十分連絡をとり行います。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災整備 | 設備名称 | 有無 | 設備名称 | 有無 |
| | スプリンクラー | 有 | 防火扉・シャッター | 有 |
| | 非常通報装置 | 有 | 屋内消火栓 | 有 |
| | 自動火災報知器 | 有 | ガス漏れ感知器 | 有 |
| | 誘導等 | 有 | 漏電火災報知器 | 有 |
| | 消火器 | 有 | 非常用電源 | 有 |
| 消防計画等 | 有 消防署への届出日 | | 平成29年11月11日 | |

9. 身体拘束の禁止について

原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、利用者または他者等人の生命・身体を守るために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動の制限を行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合は、下記の手続きにより行います。

- (1) 身体拘束廃止委員会を開催します。
- (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束に係る態様・時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかつた理由を記録します。
- (3) 利用者又は家族等に説明し、同意を得ます。
- (4) 身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

10. 虐待防止に関する事項について

1 施設は、利用者的人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための研修を職員に対して実施します。
- (2) 利用者およびその家族から苦情処理体制の整備をします。
- (3) その他虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (4) その他必要な措置を講じます。

2 施設はサービス提供中に当該施設職員または養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

11. 苦情の受付について

(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。

○ 苦情解決責任者

〈職名〉 施設長 宗宮 康浩

○ 苦情受付窓口

〈職名〉 生活相談員 草野美佳子 藤本有紀

○ 受付時間

毎週 月曜日～金曜日 9:00～17:00

・苦情受付外部委員

① 佐藤 八千子 電話番号 0584-91-1608

② 吉田 茂喜 電話番号 0584-43-5348

③ 三輪 均 電話番号 0584-43-1659

④ 上月 昌子 電話番号 0584-23-3335

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------------------|--|
| 垂井町役場健康福祉課 | 不破郡垂井町宮代 2957-11 TEL0584-22-1151 Fax0584-22-5180 受付時間 9:00～17:00 (土日、祝日を除く) |
| その他各市町村役場 介護保険担当課 | ご本人が加入している介護保険保険者（市町村）の市役所及び役場の介護保険担当者に申立を行うことができます。 |
| 岐阜県国民健康保険団体連合会 | 岐阜市下奈良 2-2-1 TEL058-275-9826 fax058-275-7635 受付時間 9:00～17:00 (土日、祝日を除く) |
| 岐阜県運営適正化委員会 (岐阜県社会福祉協議会) | 岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県農業福祉会館内 TEL058-278-5136 fax058-278-5137 受付時間 9:00～17:00 (土日、祝日を除く) |

12. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されているご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ください。

(1) 持込の制限

ご利用者が自由に使えるスペースに限りがありますので、職員にご相談下さい。

また、危険物の持ち込みはできません。

(2) 面会

面会時間は9:00～19:00が可能です。最終は18:30頃までに入館をお願いします。ただし、ご事情がある方については事前にご相談ください。

ご面会者は事務所に設置してある面会票に必ずご記入してください。

(3) 外出・外泊・入院

外出・外泊される場合は、事前に「外出・外泊届け」にてお申し出ください。

(4) 現金等の管理

紛失等のトラブルを避けるため、現金の所持は極力避けていただくようお願いします。所持され、万が一紛失された場合、当施設では責任を負いかねます。

令和 年 月 日

介護福祉施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

指定介護老人福祉施設 社会福祉法人 白寿会 特別養護老人ホームいぶき苑

説明者職名：生活相談員 氏名： 藤本 有紀 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、より良い介護サービス実施の為サービス担当者会議等で契約者並びに家族の情報を用いる他、入院や看取り介護、退所等に際して、医療機関・居宅介護支援事業者への情報の提供を含め、指定介護福祉施設サービスの提供の開始に同意しました。

契約者(入居者様)

住所

氏名 印

身元保証人

住所

氏名 印
(契約者との続柄)