

# 指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 重要事項説明書

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供に当たり、施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

ご利用は、原則として要介護認定の結果、「要介護3」「要介護4」「要介護5」の認定を受けた方が対象となります。

## 1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人楽晴会（以下「事業者」という。）が開設する指定地域密着型介護老人福祉施設（地域密着型特別養護老人ホーム）松原ぬくもりの家（以下「施設」という。）は、介護保険法令に従い、施設の従業者等（以下「従業者」という。）が、要介護状態にあるお客様（以下「お客様」という。）に対し、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、お客様の立場に立った適切な指定地域密着型介護老人福祉施設お客様生活介護サービスを行うことにより、お客様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にすることを目指すものとします。

## 2 事業者（法人）の概要

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 事業者（法人） | 社会福祉法人 楽晴会                 |
| 所在地     | 〒033-0041 青森県三沢市大町二丁目6番27号 |
| 代表者     | 理事長 齊藤 淳                   |
| 設立年月日   | 昭和42年4月1日                  |
| 電話番号    | 0176-53-3550               |

## 3 施設の概要

### （1）施設の概要

|         |                               |
|---------|-------------------------------|
| 施設名     | 松原ぬくもりの家                      |
| 指定番号    | 0290700095                    |
| 所在地     | 〒033-0021 青森県三沢市松原町一丁目31-3704 |
| 管理者     | 立崎 洋子                         |
| 開設年月日   | 平成23年5月23日                    |
| 電話番号    | 0176-53-3708                  |
| FAX番号   | 0176-53-3767                  |
| メールアドレス | matsubara@rakuseikai.or.jp    |

### （2）設備の概要

|     |                                                   |
|-----|---------------------------------------------------|
| 居室  | 20室 個室                                            |
| 静養室 | 居室で静養する事が一時的に困難なお客様が使用できる静養室を設けます。                |
| 食堂  | お客様の全員が使用できる十分な広さを備えた食堂を設け、お客様が使用しやすい適切な備品類を設けます。 |
| 浴室  | 一般浴槽、特殊浴槽 リフト浴（備え付け）                              |

|       |                                         |
|-------|-----------------------------------------|
| 洗面設備  | お客様が使用しやすい適切な洗面設備を設けます。                 |
| 便所    | お客様が使用しやすい適切な便所を設けます。                   |
| 機能訓練室 | お客様が使用できる十分な広さを持つ機能訓練室を設けます。            |
| 面談室   | 相談などを行えます。                              |
| その他   | 以下の設備を設けています。<br>・調理室    ・洗濯室    ・汚物処理室 |

#### ＜居室の変更＞

下記に該当する場合は、お客様及び代理人との協議の上実施するものといたします。

お客様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、お客様の心身の状況により居室を変更する場合があります。

#### (3) 施設の従業者体制

| 職種         | 職務の内容                            | 員数    |
|------------|----------------------------------|-------|
| 管理者        | 業務の一元的な管理                        | 1名    |
| 医師(※1)     | お客様の健康管理及び療養上の指導                 | 0名以上  |
| 生活相談員      | お客様・家族への相談援助、地域との連絡調整            | 1名以上  |
| 介護職員       | 介護業務                             | 10名以上 |
| 看護職員       | 健康管理・口腔衛生・保健衛生管理                 | 2名以上  |
| 管理栄養士又は栄養士 | 食事の献立作成、栄養計算、栄養指導<br>本体施設の栄養士が兼務 | 0名以上  |
| 機能訓練指導員    | 機能訓練等の指示・助言                      | 1名以上  |
| 介護支援専門員    | 施設サービス計画の作成・実施                   | 1名以上  |
| その他の従業者    |                                  | 必要数   |

#### (4) 定員

|    |                    |
|----|--------------------|
| 定員 | 20名（2ユニット：10名＋10名） |
|----|--------------------|

### 4 サービスの概要

#### (1) 介護保険給付対象サービス

次のサービスについては、居住費・食費を除き、通常9割(～7割)が介護保険から給付されます。

「5 利用料等」をご確認ください。

| 種 類              | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域密着型施設サービス計画の作成 | <p>地域密着型施設サービス計画を作成します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型施設サービス計画は、計画担当介護支援専門員が地域密着型施設サービス計画について、お客様又は代理人に対して説明し、同意を得たうえで作成します。</li> <li>・地域密着型施設サービス計画には、お客様及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、施設サービスの目標及びその達成時期、施設サービスの内容、施設サービスを提供する上での留意事項を記載します。</li> <li>・施設は、原則として6月に1回以上、若しくはお客様又は代理人の要請に応じて、計画担</li> </ul> |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | <p>当介護支援専門員に、施設サービス計画について変更の必要があるかどうかを調査させ、その結果、施設サービス計画の変更の必要があると認められた場合には、お客様又は代理人と協議して、施設サービス計画を変更するものとします。</p> <p>施設は、地域密着型施設サービス計画を作成又は変更した場合には、お客様又は代理人に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。</p>                                                                                                                          |
| 介 護      | <p>お客様の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、お客様の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴又は清拭は週2回以上行います。</li> <li>・ 適切な方法により、排せつの自立について必要な援助を行います。</li> <li>・ おむつを使用せざるを得ないお客様のおむつを適切に取り替えます。</li> <li>・ 褥瘡が発生しないよう適切な介護を行うとともに、その発生を予防するための体制を整備します。</li> <li>・ その他、離床、着替え、整容等の介護を適切に行います。</li> </ul> |
| 食 事      | <p>栄養並びにお客様の体の状況及び嗜好を考慮した食事の提供を、適切な時間に行います。お客様の自立支援に配慮して、可能な限り離床して食堂等で食事を摂ることを支援します。</p> <p>【食事時間】 朝食 6時30分～9時00分<br/> 昼食 12時00分～13時00分<br/> 夕食 17時00分～18時00分</p>                                                                                                                                                     |
| 相談及び援助   | <p>常にお客様の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、お客様又はご家族に対し、その相談に適切に応じるとともに必要な助言その他の援助を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 社会生活上の便宜 | <p>施設に教育娯楽設備等を備えるほか、適宜お客様のためのレクリエーションを行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常生活を営むために必要な行政手続きについて、お客様又はご家族が行うことが困難である場合は、同意を得たうえで代わって行います。</li> <li>・ 常にお客様のご家族との連携を図るとともに、お客様とご家族との交流の機会を確保するように努めます。</li> <li>・ お客様の外出の機会を確保するように努めます。</li> </ul>                                                     |
| 機能訓練     | <p>機能訓練指導員により、お客様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又はその減衰を防止するための訓練を実施します。</p>                                                                                                                                                                                                                                             |
| 栄養管理     | <p>お客様ごとに栄養ケア計画を作成し、お客様の栄養管理を計画的に行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 口腔衛生の管理  | <p>歯科医師又は歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づき、お客様の口腔衛生管理を計画的に行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 健康管理     | <p>医師及び看護職員により、日常の健康相談や定期的な血圧・体重測定など、常にお客様の健康の状態に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                    |

## (2) 介護保険給付対象外サービス

施設はお客様又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 特別な食事

お客様又は代理人のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

② 特別な居室

お客様又は代理人のご希望に基づいて特別な居室を提供します。

③貴重品の管理

お客様又は代理人の希望により、金銭管理・保全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ている預金
- ・お預かりするもの：上記預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑
- ・保管管理者：管理者
- ・出納方法：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。  
保管管理者は入出金の都度、入出金記録を作成し、その写しをお客様又は代理人へ交付します。

④ 教養娯楽設備等の提供、レクリエーション、クラブ活動

お客様又は代理人の希望により教養娯楽設備等を提供し、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。

⑤ 理美容サービス

理美容師の出張による理美容サービスをご利用いただけます。

⑥ インフルエンザ等感染症予防対策

お客様及び代理人、ご家族の意向を確認し、インフルエンザ等感染症の予防接種を行います。

⑦ お客様の移送

お客様の通院や入院時の移送サービスを行います。

【対象地域】 三沢市内

## 5 利用料等

サービスを利用した場合の「基本施設サービス費」は以下の通りです。お支払いいただく「お客様負担金」は、原則として基本利用料にお客様の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、施設からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

### (1) 基本施設サービス費

|                            |                            |      | 単位数<br>(1単位10円) | 費用額<br>(10割) | お客様負担額 |        |        |
|----------------------------|----------------------------|------|-----------------|--------------|--------|--------|--------|
|                            |                            |      |                 |              | 1割     | 2割     | 3割     |
| ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 | ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護費 | 要介護1 | 682単位           | 6,820円       | 682円   | 1,364円 | 2,046円 |
|                            |                            | 要介護2 | 753単位           | 7,530円       | 753円   | 1,506円 | 2,259円 |
|                            |                            | 要介護3 | 828単位           | 8,280円       | 828円   | 1,656円 | 2,484円 |
|                            |                            | 要介護4 | 901単位           | 9,010円       | 901円   | 1,802円 | 2,703円 |
|                            |                            | 要介護5 | 971単位           | 9,710円       | 971円   | 1,942円 | 2,913円 |

## (2) 加算・減算

※要件を満たす場合には、上記の基本部分に料金が加算又は減算されます。

介護保険給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、お客様負担額を変更します。また上記基本施設サービス費のほかに、下記加算が発生した場合は自己負担額に追加されます。

| 【加算・減算名】              |      |                     | 単位数        | 費用額<br>〈10 割〉 | お客様負担額  |         |         |
|-----------------------|------|---------------------|------------|---------------|---------|---------|---------|
|                       |      |                     |            |               | 1割      | 2割      | 3割      |
| ① 身体拘束廃止未実施減算         |      |                     | 所定単位の 10%減 |               |         |         |         |
| ② 高齢者虐待防止措置未実施減算      |      |                     | 所定単位の 1%減  |               |         |         |         |
| ③ 業務継続計画未策定減算         |      |                     | 所定単位の 3%減  |               |         |         |         |
| ④ 安全管理体制未実施減算         |      |                     | 5単位/日減     |               |         |         |         |
| ⑤ 栄養管理の基準を満たさない場合の減算  |      |                     | 14 単位/日減   |               |         |         |         |
| ⑥ 日常生活継続支援加算          |      | (Ⅱ)                 | 46 単位/日    | 460 円         | 46 円    | 92 円    | 138 円   |
| ⑦ 看護体制加算              | (Ⅰ)イ |                     | 12 単位/日    | 120 円         | 12 円    | 24 円    | 36 円    |
|                       | (Ⅱ)イ |                     | 23 単位/日    | 230 円         | 23 円    | 46 円    | 69 円    |
| ⑧ テクノロジー導入による夜勤職員配置加算 | (Ⅱ)イ |                     | 46 単位/日    | 460 円         | 46 円    | 92 円    | 138 円   |
|                       | (Ⅳ)イ |                     | 61 単位/日    | 610 円         | 61 円    | 122 円   | 183 円   |
| ⑨ 若年性認知症入所者受入加算       |      |                     | 120 単位/日   | 1,200 円       | 120 円   | 240 円   | 360 円   |
| ⑩ 外泊時費用               |      |                     | 246 単位/日   | 2,460 円       | 246 円   | 492 円   | 738 円   |
| ⑪ 初期加算                |      |                     | 30 単位/日    | 300 円         | 30 円    | 60 円    | 90 円    |
| ⑫ 退所時情報提供加算           |      |                     | 250 単位/回   | 2,500 円       | 250 円   | 500 円   | 750 円   |
| ⑬ 協力医療機関連携加算          | (Ⅰ)  |                     | 50 単位/月    | 500 円         | 50 円    | 100 円   | 150 円   |
| ⑬ 口腔衛生管理加算            | (Ⅰ)  |                     | 90 単位/月    | 900 円         | 90 円    | 180 円   | 270 円   |
|                       | (Ⅱ)  |                     | 110 単位/月   | 1,100 円       | 110 円   | 220 円   | 330 円   |
| ⑮ 特別通院送迎加算            |      |                     | 594 単位/月   | 5,940 円       | 594 円   | 1,188 円 | 1,782 円 |
| ⑯ 看取り介護<br>加算         | (Ⅰ)  | 死亡日以前 31 日以上 45 日以下 | 72 単位/日    | 720 円         | 72 円    | 144 円   | 216 円   |
|                       |      | 死亡日以前4日以上 30 日以下    | 144 単位/日   | 1,440 円       | 144 円   | 288 円   | 432 円   |
|                       |      | 死亡日以前2日又は3日         | 680 単位/日   | 6,800 円       | 680 円   | 1,360 円 | 2,040 円 |
|                       |      | 死亡日                 | 1,280 単位/日 | 12,800 円      | 1,280 円 | 2,560 円 | 3,840 円 |
| ⑰ 認知症チームケア推進加算        |      | (Ⅱ)                 | 120 単位/月   | 1,200 円       | 120 円   | 240 円   | 360 円   |
| ⑱ 科学的介護推進体制加算         |      | (Ⅰ)                 | 40 単位/月    | 400 円         | 40 円    | 80 円    | 120 円   |
| ⑲ 安全対策体制加算            |      |                     | 20 単位/回    | 200 円         | 20 円    | 40 円    | 60 円    |
| ⑳ 高齢者施設等感染対策向上加算      |      | (Ⅰ)                 | 10 単位/月    | 100 円         | 10 円    | 20 円    | 30 円    |
| ㉑ 生産性向上推進体制加算         | (Ⅰ)  |                     | 100 単位/月   | 1,000 円       | 100 円   | 200 円   | 300 円   |
|                       | (Ⅱ)  |                     | 10 単位/月    | 100 円         | 10 円    | 20 円    | 30 円    |
| ㉒ サービス提供体制強化加算        | (Ⅰ)  |                     | 22 単位/日    | 220 円         | 22 円    | 44 円    | 66 円    |
|                       | (Ⅱ)  |                     | 18 単位/日    | 180 円         | 18 円    | 36 円    | 54 円    |

## ① 身体拘束廃止未実施減算

身体拘束等の適正化を図るための措置＊が講じられていない場合

＊身体拘束等の適正化を図るための措置

- ・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること
- ・身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催すると共に、その結果について、介護職員その他従業者に周知徹底を図ること
- ・身体拘束等の適正化のための指針を整備すること
- ・介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施すること

※経過措置は1年

## ② 高齢者虐待防止措置未実施減算 ※新設

虐待の発生又はその再発を防止するための措置(虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること)が講じられていない場合

## ③ 業務継続計画未策定減算 ※新設

感染症や非常災害の発生時において業務継続計画(お客様に対するサービスの提供を継続的に実施するための計画の策定や、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画)を策定していない、又は業務継続計画に従って必要となる措置を講じていない場合

※2025(令和7)年3月31日までの間、「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」の整備及び「非常災害に関する具体的計画」の策定を行っている場合は減算適用になりません。

## ④ 安全管理体制未実施減算

介護施設での事故を未然に防ぐために、強化対策(安全管理体制)を講じていない場合

## ⑤ 栄養管理の基準を満たさない場合の減算

栄養管理について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合

## ⑥ 日常生活継続支援加算

認知症高齢者等が一定割合以上入所してかつ介護福祉士資格を有する職員を一定の割合配置した場合

## ⑦ 看護体制加算

常勤の看護師配置と、一定以上の看護師を配置している場合

## ⑧ 夜勤職員配置加算

夜勤を行う職員配置基準を超えて職員配置した場合

## ⑨ 若年性認知症患者受入加算

若年性認知症患者の特性やニーズに対応したサービス提供を行った場合

## ⑩ 外泊時費用(居宅サービスを利用した場合)

介護老人福祉施設のお客様が病院又は診療所への入院を要した場合、及び居宅に外泊した場合

＊1月につき6回まで。

## ⑪ 初期加算

介護保険施設等の利用開始にあたって、お客様が施設等での生活に慣れるために行う場合。入所・入居・登録をした日から起算して30日以内

## ⑫ 退所時情報提供加算 ※新設

お客様が医療機関へ退所した場合に医療機関へ生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価

⑬ 協力医療機関連携加算 ※新設

介護保険施設等において、定期的なカンファレンスの実施による協力医療機関\*との連携体制の構築をした場合

(1) 協力医療機関の要件ア～ウを満たす場合

(2) それ以外の場合

\* 協力医療機関の要件

ア お客様等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

イ 高齢者施設等からの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

ウ お客様等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められたお客様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

⑭ 口腔衛生管理加算

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が介護職員に口腔ケアに関する技術的助言及び指導を月1回以上実施し、技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合

⑮ 特別通院送迎加算 ※新設

透析を要するお客様であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情がある方に対して、1月12回以上、通院のため送迎を行った場合

⑯ 看取り介護加算

医師が回復の見込がないと判断したお客様に対して、人生の最期の時までその人らしさを維持できるように、お客様やご家族の意思を尊重して、医師、看護師、看護職員が連携を保ちながら看取りをする場合

⑰ 認知症チームケア推進加算 ※新設

施設におけるお客様の総数のうち、「周囲の者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

「行動・心理症状の予防・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」を修了している者、又は「認知症介護に係る専門的な研修」および「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、複数人の介護職員からなる行動・心理症状に対応するチームを組んでいる

対象者個別に行動・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、行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施

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、行動・心理症状の有無・程度の定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を実施している場合

⑱ 科学的介護推進体制加算

さまざまなケアにより記録しているお客様の状態像に関する情報について、科学的介護情報システム(LIFE・ライフ)へのデータ提出とフィードバックの活用により、PDCA サイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを実施した場合

⑲ 安全対策体制加算

お客様の介護事故による怪我・死亡を防ぐために、日頃から事故防止に関する研修や情報共有の機会を定期的に実施している場合、お客様につき入所初日に限って算定

⑳ 高齢者施設等感染対策向上加算 ※新設

新興感染症の発生時等に感染者の診療等を実施する医療機関(協定締結医療機関)との連携体制を構築しており、新興感染症以外の一般的な感染症\*協力医療機関等と感染症発生時における診療等の対応を取り決めるとともに、当該協力医療機関等と連携の上、適切な対応を行っている。\*新型コロナウイルス感染症を含む感染症対策にかかる一定の要件を満たす医療機関等や地域の医師会が定期的に主催する感染対策に関する研修に参加し、助言や指導を受け、また感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けた場合

㉑ 生産性向上推進体制加算 ※新設

介護ロボットや ICT 等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行う場合

㉒ サービス提供体制強化加算

介護福祉士の資格者等、経験豊富な職員を一定の割合配置

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)又は日常生活継続支援加算のいずれかのみ算定可

㉓ 介護職員等処遇改善加算

介護職員のキャリアアップの仕組みを作ったり、職場環境の改善を行ったりした施設に対して支給される

(3) その他の費用

① 食事の提供に要する費用

ア 基本料金 1日当たり 1,450円(朝410円、昼550円、夕490円)

イ 入所・退所時等における食費の負担額

入所・退所の日においては、実際に摂った食ごとの料金とします。ただし、その額がアに定める負担限度額を下回った場合はその額とします。なお、終日利用する場合には、特別な場合を除いて実際に取った食数にかかわらず1日当たりの額とします(全ての食事を摂らない場合を除く。)

② 居住に要する費用

基本料金 入所・退所の時間にかかわらず1日当たり

1,700円(16.40㎡) 1,500円(16.20㎡)

③ お客様又は代理人が選定する特別な食事に関する費用の額

予めお客様又は代理人の選択により外食、注文食、行事食など、①に定める通常の食事の提供に要する費用の額では困難な食費の額については、通常の食費を控除した額をお客様又は代理人が負担します。当該額は、提供ごとの食事の内容による価格とします。

④ 理美容代

実費(理美容事業者へ直接お支払いください。)

⑤ お客様の移送に係る費用及び距離

・片道15キロメートル未満 600円

・片道15キロメートル以上 1,000円

・長距離に及ぶ場合は別途にご相談となります

⑥ 契約書第21条に定める所定の料金

お客様が契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の料金(重要事項説明書に定める)を事業所に支払うこととします。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その

場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2月前までにご説明します。

⑦ その他

ア 金銭管理・保全サービス費 月額 3,000円(希望者のみ、別途契約書あり)

・お客様の預金通帳をお預りし、必要な入出金等を代理で行い、管理するサービス

イ その他日常生活において通常必要となるものに係る費用 実費

・お客様の嗜好品の購入、レクリエーションやクラブなど行事への参加費など諸々費用

・日用品費(歯ブラシ、入浴用品、化粧品、タオル、ティッシュペーパー等)

・クラブ活動等の教養娯楽に係る費用

・医療に要する費用

・理美容代

・インフルエンザ等の予防接種費用及び診断書料等

・私物のクリーニング料(事業所でクリーニングできないもの)

・その他、お客様負担が適当と認められるもの

ウ エンゼルケア料 20,000円

・死亡確認後、身体の清拭・衛生処置・お着替え・メイク等を行う費用

<居住費(滞在費)・食費の負担軽減(負担限度額認定)>

世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)や生活保護を受けておられる方の場合、市町村へ申請をすることにより、「介護保険負担限度額認定証」が交付され、居住費(滞在費)・食費の負担が軽減される場合があります。

令和6年8月1日から基準となる額面と新たにご負担いただく金額が変わります。

なお、居住費と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

(日額)

| 対象者                    |                               | 区分<br>利用者<br>負担 | 居 住 費   | 食 費    |
|------------------------|-------------------------------|-----------------|---------|--------|
|                        |                               |                 | ユニット型個室 |        |
| 生活保護受給の方               |                               | 第1段階            | 880円    | 300円   |
| 世帯全員が                  | 市町村民税非課税の<br>老年福祉年金受給の方       |                 |         |        |
|                        | 市町村民税非課税かつ<br>本人年金収入等80万円以下の方 | 第2段階            | 880円    | 390円   |
|                        | 非課税かつ本人年金収入等が80万円超120<br>万円以下 | 第3段階①           | 1,370円  | 650円   |
|                        | 非課税かつ本人年金収入等が120万円超           | 第3段階②           | 1,370円  | 1,360円 |
| 世帯に課税の方がいるか、本人が市町村民税課税 |                               | 第4段階            | 2,066円  | 1,450円 |

6 利用料金のお支払方法

お支払方法は、口座自動引落となっております。引落日は毎月27日となっております(引落日が、土曜日・日曜日・祝日となる場合は、翌営業日となります)。

毎月15日までに前月分の請求書を郵送いたします。領収書発行については、引落が確認できましたら、翌月の請求書と一緒に発行いたします。

## 7 施設を退所いただく場合等

### (1) お客様の退所

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。次の事由があった場合に、施設との契約は終了し、お客様に退所していただくことになります。

- ① 要介護認定によりお客様の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ② 施設が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、お客様に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 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 お客様又は代理人から退所の申し出があった場合
- ⑥ 施設から退所の申し出を行った場合

### (2) お客様からの退所の申出(中途解約・契約解除)

契約の有効期間であっても、お客様から施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。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 施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ お客様が入院された場合
- ④ 施設若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
- ⑤ 施設若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 施設若しくはサービス従事者が故意又は過失によりお客様の身体・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
- ⑦ 他のお客様がお客様の身体・財物・信用等を傷つけた場合若しくは傷つける恐れがある場合において、事業所が適切な対応をとらない場合

### (3) 施設からの申出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、施設から退所いただく場合があります。

- ① お客様又は代理人が、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 お客様又は代理人によるサービス利用料金の支払いが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 お客様又は代理人が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者若しくは、他のお客様等の生命・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 お客様が連続して7日以上病院又は診療所に入院すると見込まれる場合、若しくは入院した場合
- ⑤ お客様が介護老人保健施設に入所した場合若しくは介護医療院に入院した場合

### (4) 施設をご利用中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応

① 検査入院等7日間以内の短期入院の場合

7日間以内の入院の場合は、退院後再び施設を利用することができます。ただし、入院期間中は、外泊時費用及び居住費をご負担いただきます。

② 7日間以上3月以内の入院の場合

7日以上入院される場合には、契約についてご相談をさせていただき、解約とさせていただく場合があります。ただし、契約を解除した場合で、3月以内に退院された場合には、再び施設に優先的に入所できるよう努めます。また、施設が満室の場合でも、短期入所生活介護(ショートステイ)を優先的に利用できるよう努めます。

③ 3月以内の退院が見込まれない場合

3月以内の退院が見込まれない場合は、解約となります。この場合には、施設に再び優先的に入所することはできません。

(5) 円滑な退所のための援助

お客様が施設を退所する場合には、お客様の希望により、施設はお客様の心身の状況、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お客様に対して速やかに行います。

① 適切な病院若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

## 8 代理人等について

(1) 施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び身元保証人の設定をお願いしています。

① 代理人は、お客様のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。

② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、施設と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。

③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

(2) 代理人の職務は、次の通りとします。

① お客様に代わって又はお客様とともに、契約書第3条に定める同意又は要請、同第7条6項、第15条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他お客様を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。

② お客様を代理して、又はお客様に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

(3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。

お客様と連帯して、本契約から生じるお客様の債務を負担すること。

(4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。

利用契約が終了した後、施設に残されたお客様の所持品(残置物)をお客様自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。

(5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。

① 連帯保証人の負担は、極度額50万円を限度とします。

② 連帯保証人が負担する債務の元本は、お客様、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。

③ 施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、お客様の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

- ④ 連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、お客様又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

## 9 サービス利用に当たっての留意事項

### (1) ご来所の際

- ① お客様又は代理人は、体調の変化があった際には施設の従業員にご一報ください。
- ② お客様は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。

### (2) 禁止行為

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ① 決められた場所以外での喫煙・飲酒・飲食等
- ② 従業員又は他のお客様に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ③ 施設内での金銭及び食物等のやりとり
- ④ 従業員に対する贈物や飲食のもてなし
- ⑤ 従業員及び他のお客様に対する身体的・精神的暴力
- ⑥ その他決められた以外の物の持ち込み

## 10 緊急時の対応

サービス提供時にお客様の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

## 11 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業員等の訓練を行います。

## 12 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 13 身体拘束の禁止

原則として、お客様の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前にお客様及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 14 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

お客様の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、お客様の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

お客様の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業員教育を行います。

## 15 守秘義務に関する対策

施設及び従業者は、業務上知り得たお客様及び代理人の秘密を漏らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を厳守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

## 16 ICT機器等の使用について

当施設ではお客様の状態に応じた介護を提供できるように睡眠状態や心拍数・呼吸数を確認できる見守り機器や状態を映像で確認できる見守りカメラを居室に設置しております。これらを以下の目的で使用いたします。

- (1)お客様の生活習慣や状態に合わせたケア・見守り
- (2)お客様に適したケアプランの検討・サービスの提供及びその効果の検証
- (3)お客様の体調変化の気づき
- (4)その他、お客様への介護サービス提供全般

なお、お客様への介護サービスの提供に当たり、これらの情報をご家族やケアマネジャー、提携先の医療機関に提供することがあります。

## 17 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 受付担当者: (役職: )  
解決責任者: (役職: )

ご利用時間: 月～金曜日 9時00分～17時00分

ご連絡先 電話番号 0176-52-6146 メール: okamisawa@rakuseikai.or.jp

社会福祉法人楽晴会第三者委員

法人本部

電話番号: 0176-53-3550

受付時間: 9時00分～17時00分

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

三沢市福祉事務所 介護福祉課 青森県三沢市幸町三丁目11-5

電話番号: 0176-51-8773

青森県国民健康保険団体連合会 青森県青森市新町二丁目4-1 青森県共同ビル3階

電話番号: 017-723-1336

## 18 カスタマーハラスメントへの対応

1. 本事業所は、利用者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為(以下「カスタマーハラスメント」という。)について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。

2. 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。

ただし、これらに限られるものではない。

- (1) 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言

- (2)業務の範囲を超える過度又は不当な要求
- (3)合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・クレーム
- (4)その他、職員の就業環境を著しく害する行為

3. 本事業所は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。

4. 本事業所は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。

5. カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、利用者又はその家族等と協議を行うことがある。

## 19 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、お客様の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

### 【協力医療機関】

名称 鳴海外科医院                      住所 青森県三沢市幸町一丁目2-15  
電話番号 0176-53-3056

名称 得意泌尿器科                      住所 青森県三沢市下久保三丁目20-2  
電話番号 0176-50-1333

名称 三沢市立三沢病院                  住所 青森県三沢市大字三沢字堀口164番地65号  
電話番号 0176-53-2161

### 【協力歯科医療機関】

名称 第二黒田歯科診療所              住所 青森県三沢市中央町四丁目11-39  
電話番号 0176-53-2540

### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、署名欄にご記入いただいた連絡先に連絡します。

## 20 損害賠償について

当施設において、施設の責任によりお客様に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、お客様又は代理人に故意又は過失が認められた場合や、お客様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

施設は、自己の責め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、施設は損害賠償責任を免れます。

- ① お客様又は代理人が、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ったことに専ら起因して損害が発生した場合

② お客様又は代理人が、サービスの実施のため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ったことに専ら起因して損害が発生した場合

③ お客様の急激な体調の変化等、施設が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

④ お客様又は代理人が、施設及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設お客様生活介護サービスの提供の開始に当たり、お客様及び代理人に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

所在地 青森県三沢市松原町一丁目31-3704

施設名 松原ぬくもりの家

施設長

説明者（役職） （氏名）

私は、利用契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型介護老人福祉施設お客様生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<お客様(契約者)>

住所

氏名

<連帯保証人兼身元保証人>

住所

氏名

電話番号