

地域密着型特別養護老人ホーム「あおぞら」重要事項説明書

1. 事業者の概要

| | |
|------------|--------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 藤の会 |
| 主たる事務所の所在地 | 可児市矢戸67番 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 藤の会 |
| 代表者氏名 | 理事長 安藤文夫 |
| 電話番号 | 0574-48-8686 |

2. 利用施設

| | | | |
|----------|----------------------|------|---|
| 施設の種類 | ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設 | | |
| 施設の名称 | 地域密着型特別養護老人ホーム「あおぞら」 | | |
| 施設の所在地 | 可児市矢戸67番 | | |
| 事業所指定番号 | 2193100076 | | |
| 施設長名 | 川人 智津美 | | |
| 電話番号 | 0574-48-8686 | | |
| ファクシミリ番号 | 0574-65-0107 | | |
| 開設年月日 | 2012年 4月 23日 | | |
| 入居定員 | 29名 | 入居要件 | ① 可児市に住所を置かれている方 ② 要介護の3～5の認定を受けている方 |

3. 併設事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | |
|----------|------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | 利用定員 |
| 短期入所生活介護 | 2012年4月23日 | 2173100930 | 10名 |
| 居宅介護支援事業 | 2013年5月1日 | 2173101003 | |

4. 施設の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 施設の目的 | この施設は介護保険法その他の関係法令の定めるところにより、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、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、栄養管理、健康管理及び療養上の世話を行うことにより入居者が相互に社会関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるようにしていくことを目的とする。 |
| 運営の方針 | 当施設においては、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していく。ターミナルケアについては、施設サービス計画を作成するにいたり、本人の意志を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努める。 |

5. 施設の概要

| | | |
|----|------|-----------------|
| 敷地 | | 岐阜県可児市矢戸67番 |
| 建物 | 構造 | 鉄骨造 |
| | 延床面積 | 1852.51㎡ |
| | 利用定員 | 39名(ショートステイを含む) |

設備等の概要

※ユニット及び、居室については施設にて決定いたします。

| 設備の種類 | 室数 | 総面積(㎡) | 一人当たりの面積(㎡) | 備考 |
|--------|----|--------|-------------|------------------|
| 居室(個室) | 29 | 385.30 | 13.29 | |
| 共同生活室 | 3 | 248.10 | 8.56 | |
| トイレ | 10 | 40.07 | — | ユニット内各3ヶ所 |
| 医務室 | 1 | 22.53 | — | |
| 浴室 | 2 | 88.04 | — | 寝浴(1) 機械浴槽(2) |
| 廊下 | — | 65.81 | — | 中廊下幅:1.8m |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着型介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

6. 職員体制 (施設全体)

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 備考 |
|----------|----|----|----|-----|----|----------------------|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | |
| 施設長(管理者) | 1 | | 1 | | | (介護予防)短期入所生活介護事業所兼務 |
| 医師 | 1 | | | | | 嘱託医 |
| 生活相談員 | 1 | | 1 | | | (介護予防)短期入所生活介護事業所と兼務 |

| | | | | | | |
|-------------|---|--|---|--|--|---------------------|
| 介護職員 | | | | | | 介護福祉士他 |
| 看護職員 | | | | | | 看護師 准看護師 |
| 管理 栄養士 | 1 | | 1 | | | (介護予防)短期入所生活介護事業所兼務 |
| 機能訓練 指導員 | 1 | | 1 | | | |
| 介護支援 専門員 | 1 | | 1 | | | |

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※ 年 月 月末現在

7. 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 内容 |
|--------------|--|---|
| 施設長 (管理者) | 標準的な時間帯 8:30~17:30 | 施設の管理職務に従事し、施設職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。(介護予防)短期入所者生活介護事業所の業務を統括する |
| 生活相談員 | | 入居者の生活相談、面接、身上調査並びに処遇の企画及び実施に関することに従事する。また、常に介護支援専門員との連携を図り、サービス計画につなげる |
| 管理栄養士 | | 食事業務全般並びに栄養指導に従事する |
| 介護支援専門員 | 標準的な時間帯 早番 7:00~16:00 日勤 8:30~17:30 遅番 12:00~21:00 夜勤 21:00~7:00 | 施設サービス計画の作成等を行う |
| 介護職員 | | 入居者の日常生活の支援を行う |
| 看護職員 | | 入居者の保健衛生並びに看護業務を行う |
| 機能訓練指導員 | | 日常生活を営むのに必要な機能を維持し、又はその減退を予防するための訓練を行う |
| 医師 | 嘱託医契約 | 入居者に対して健康管理及び、療養上の指導 |

8. 施設サービスの概要と利用料(法定代理受領を前提としています。)

(1)利用料金が介護保険から給付されるもの

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|---|
| 生活支援 | 入居者の自立の支援及び日常生活の充実に資するよう、入居者の心身の状況に応じて適切な技術をもって行います。 |
| 排せつ | ①入居者の心身の状況に応じた適切な排せつを支援します。 ②排せつの自立を基本に適切に支援します。 |
| 入浴 | ①入居者個々の身体状況に応じて入浴又は清拭を支援します。 ②週2回の入浴ができます。 ③身体状況に応じて、特殊浴槽も利用し安全に入浴していただきます。 |

| | |
|---------|---|
| その他自立支援 | ①寝たきり防止のため、日中はできる限り離床できるよう配慮します。 ②生活リズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ③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配慮します。 |
| 食事 | ①管理栄養士が管理する献立表により、栄養と入居者の身体状況に配慮した食事を提供します。 ②各ユニットの共同生活室で召し上がっていただきます。また、体調不良等の理由により、居室で召し上がっていただく場合もあります。 |
| 相談援助 | 入所者並びにご家族からの相談に対して、誠意をもって対応し、必要な援助を行うように努めます。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員等が、入居者の心身の状況に応じた日常生活リハビリを中心とした機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 健康管理 | 嘱託医又は看護職員により、入居者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。 【嘱託医】 医療法人純真会 あんどうクリニック 【協力医療機関】 可児とうのう病院 太田病院 |

(2)利用料金が介護保険から給付されないもの

| 種類 | 内容 |
|---------|---|
| 居住費 | 2,160円(1日)【基準費用】 |
| 食費 | 1,630円(一日)【基準費用】 |
| 電気代 | 1コンセントにつき70円/日 |
| 特別な食事 | 希望される方には、献立以外の食事を提供します。 召し上がられたメニュー提供に係る実費 |
| 理・美容 | 1～2回/月、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。 理美容に係る実費 |
| 日常生活費等 | 入居者本人が必要とされる日常生活に係る実費 ①入居者の希望により、身の回りの品として日常生活に必要なものを提供する場合の費用(歯ブラシ、化粧品等) ②入居者の希望により、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合の費用(新聞代、アクティビティ等の材料費等) ③一定の要件の管理下に置いて預り金の出納管理に係る費用 ④個別で外部のクリーニング店に取り次ぐ際に掛かった費用 |
| 代行に係る費用 | 実費 |

| | |
|---------|--|
| 同行に係る実費 | 【医療機関への通院】 ①協力医療機関の場合 協力医療機関への通院は、当施設で行います。ただし、医療機関にて長時間の待合が予想される場合(総合病院での受診・検査等)は、ご家族の付き添いをお願いします。 ②協力医療機関ではない場合 入居者が希望される医療機関への送迎・付き添いは、ご家族・または外部送迎サービスの利用をお願いします。 当施設での送迎を希望される場合は、実費負担となります。 ※片道…1,875円 |
| 医療費 | 医療費、薬剤費、インフルエンザ予防接種や健康診断、鍼灸訪問マッサージ等に係る費用 |
| 金銭管理 | 施設での金銭管理は基本的に行いません。 ※ なお、現金等を自己管理させる場合の紛失によるトラブルについては、施設では責任を負いかねます。 |

9. 入居費用(各段階における自己負担額)

※地域区分の見直しにより、可児市は7級地の適用となり、1単位あたり10.14円となります。
 総単位数に、10.14を乗じた保険請求額の1割負担分(又は、二割負担分)が、負担額となります。

(1)介護サービス費

① 介護保険負担割合が1割の方

【基準費用(第4段階)】

| 要介護度 | 介護保険 一割負担分 | 食費 | 居住費 | 一日の合計 | 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|---------------|-------|-------|-------|-----------------|--------|
| 1 | 682 | 1,630 | 2,160 | 4,472 | 134,160 | 下記以外の方 |
| 2 | 753 | | | 4,543 | 136,290 | |
| 3 | 823 | | | 4,613 | 138,390 | |
| 4 | 901 | | | 4,691 | 140,730 | |
| 5 | 971 | | | 4,761 | 142,830 | |

※1 低所得者に対する負担軽減措置(特定入所者介護サービス費)

以下の、第2段階、第3段階に該当する場合は、当施設に対し、保険者が発行する「介護保険負担限度額認定証」の提示が必要となります。

【第3段階】①

| 要介護度 | 介護保険 一割負担分 | 食費 | 居住費 | 一日の合計 | 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|---------------|-----|-------|-------|-----------------|---------------------------------|
| 1 | 682 | 650 | 1,370 | 2,702 | 81,060 | 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で第2段階以外の方 |
| 2 | 753 | | | 2,773 | 83,190 | |
| 3 | 823 | | | 2,843 | 85,290 | |
| 4 | 901 | | | 2,921 | 87,630 | |
| 5 | 971 | | | 2,991 | 89,730 | |

【第3段階】②

| 要介護度 | 介護保険 一割負担分 | 食費 | 居住費 | 一日の合計 | 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|---------------|-------|-------|-------|-----------------|---------------------------------|
| 1 | 682 | 1,360 | 1,370 | 3,412 | 102,360 | 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で第2段階以外の方 |
| 2 | 753 | | | 3,483 | 104,490 | |
| 3 | 823 | | | 3,553 | 106,590 | |
| 4 | 901 | | | 3,631 | 108,930 | |
| 5 | 971 | | | 3,701 | 111,030 | |

【第2段階】

| 要介護度 | 介護保険 一割負担分 | 食費 | 居住費 | 一日の合計 | 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|---------------|-----|-----|-------|-----------------|--|
| 1 | 682 | 390 | 880 | 1,952 | 58,560 | 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方 |
| 2 | 753 | | | 2,023 | 60,690 | |
| 3 | 828 | | | 2,098 | 62,940 | |
| 4 | 901 | | | 2,171 | 65,130 | |
| 5 | 971 | | | 2,241 | 67,230 | |

※2 高額介護サービス費

1ヶ月に支払った利用者の負担の合計が負担の上限を超えた時は、超えた分が払い戻されます。

| 区分 | 負担の上限(月額) |
|---|----------------------------|
| 現役並み所得者に相当する方がいる世帯の方 | 44,400円(世帯) |
| 世帯内のどなたかが市区町村民税を課税されている方 | 44,400円(世帯) |
| 世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方 | 24,600円(世帯) |
| ・老齢福祉年金を受給している方 ・前年の合計所得額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方 | 24,600円(世帯) 15,000円(個人) |
| 生活保護を受給している方 | 15,000円(個人) |

※「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担の合計の上限額を指し、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の合計の上限額を指します。

② 介護保険負担割合が2割の方

【基準費用(第4段階)】

| 要介護度 | 介護保険 二割負担分 | 食費 | 居住費 | 一日の合計 | 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|---------------|-------|-------|-------|-----------------|------------|
| 1 | 1364 | 1,630 | 2,160 | 5,154 | 154,620 | 第2、3段階以外の方 |
| 2 | 1506 | | | 5,296 | 158,880 | |
| 3 | 1656 | | | 5,446 | 163,380 | |
| 4 | 1802 | | | 5,592 | 167,760 | |
| 5 | 1942 | | | 5,732 | 171,960 | |

③ 介護保険負担割合が3割の方

【基準費用(第4段階)】

| 要介護度 | (単位) 介護保険 三割負担分 | (円) 食費 | (円) 居住費 | (円) 一日の合計 | (円) 1ヶ月の合計 (30日) | 対象 |
|------|-----------------------|-----------|------------|--------------|------------------------|------------|
| 1 | 2046 | 1,630 | 2,160 | 5,836 | 175,080 | 第2.3段階以外の方 |
| 2 | 2259 | | | 6,049 | 181,470 | |
| 3 | 2484 | | | 6,274 | 188,220 | |
| 4 | 2703 | | | 6,493 | 194,790 | |
| 5 | 2913 | | | 6,703 | 201,090 | |

(2)加算について

※地域区分の見直しにより、可見市は7級地の適用となり、1単位あたり10.14円となります。
総単位数に、10.14を乗じた保険請求額の1割負担分(又は、二割負担分)が、負担額となります。

該当の加算項目があった場合、入居費用に加算いたします。(単位/円)

| 加算項目 | 加算単位 | 内容 |
|---------------|--------|--|
| 日常生活継続支援加算 | 46/日 | 施設基準により加算されます。 |
| 配置医師緊急時対応加算 | 650/回 | 早朝・夜間の場合 早朝 午前6時～午後8時までの時間 夜間 午後6時～午後10時までの時間 |
| | 1300/回 | 深夜の場合 深夜 午後10時～午前6時までの時間 |
| 看護体制加算(Ⅰ) | 12/日 | 施設基準により加算されます |
| 看護体制加算(Ⅱ) | 23/日 | |
| 夜勤職員配置加算(Ⅱ) | 46/日 | 施設基準により加算されます |
| 夜勤職員配置加算(Ⅳ) | 61/日 | |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 12/日 | 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入居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に加算されます。 |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20/月 | (1)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、その他機能訓練の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算されます。 |
| 生活機能向上連携加算(Ⅱ) | 200/月 | 自立支援・重度化防止の為に介護を推進するため外部のリハビリテーション専門職と連携し、個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行った場合に加算されます。 |
| | 100/月 | 個別機能訓練加算を算定している場合 |
| 若年性認知症受入加算 | 120/日 | 介護保険法施行令第2条第6号に規定する若年性認知症入所者の受入 |
| 初期加算 | 30/日 | 入居日から30日間に限って加算します。また、30日を超える入院後に再入居した場合も対象となります。 |

| | | | |
|-------------------|---------------------|--|---|
| 専従常勤医師 | 25/日 | 施設基準により加算されます | |
| 精神療養指導加算 | 5/日 | | |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅰ) | 26/日 | | |
| 障害者生活支援体制加算(Ⅱ) | 41/日 | | |
| 外泊時費用 | 246/日 | 入院又は、外泊した場合、月6日を限度として所定単位数に変えて加算されます。 | |
| 在宅サービスを利用した時の費用 | 560/日 | 外泊時、指定地域密着型介護老人福祉施設が居宅サービスを提供した場合に算定されます。 | |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11/日 | 全入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が共同し作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を定期的に行い入所者の栄養状態、嗜好などを踏まえた食事の調整等を実施し、食事の際に変化を把握し問題がある場合に早期に対応を行うサービスを提供した場合に加算されます。 | |
| 退所前訪問相談援助加算 | 460/回 | 退居に先立ち、退居後に生活する居宅を訪問して相談援助を行った場合に加算します。(退所前2回を限度) | |
| 退所後訪問相談援助加算 | 460/回 | 退居後30日以内に、退居後生活している居宅を訪問して相談援助を行った場合に加算します。(退所後1回を限度) | |
| 退所時相談援助加算 | 400/回 | 退居時に相談援助を行い、さらに2週間以内に市町村や地域包括支援センターに必要な情報を提供した場合に加算します。(1回を限度) | |
| 退所前連携加算 | 500/回 | 入居者の退居後の居宅サービス又は、地域密着型サービスに係る調整を関連機関に情報提供し、連携して行った場合に加算します。(1回を限度) | |
| 退所時情報提供加算 | 250/回 | 入居者が入院する場合において、当該医療機関に当該入所者の了解を得て入所者の心身状況、生活歴等の情報を提供したうえで、当該入所者の紹介を行った場合に入所者1人につき1回限り算定します。 | |
| 協力医療機関関連加算 | R6年100/月 R7年50/月 | 地域包括ケア病棟を持つ医療機関と、利用者の急変時に備え医療機関と状態などに関する情報を共有する目的で定期的に会議を評価され加算されます。 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ) | 10/月 | (1)新興感染症の発生時に感染者の診療等を実施する医療機関(協定終結医療機関)との連携強化を構築している。 (2)一般的な感染症について、協力医療機関と感染症発生時における診療等の対応を取り決めて、協力医療機関等との連携の上、適切な対応を行っている。 (3)感染症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ている。以上のような感染対策を行っている場合に加算されます。 | |
| 経口移行加算 | 28/日 | 経管により食事を摂取する入居者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合に、180日を限度として加算します。 | |
| 経口維持加算(Ⅰ) | 400/月 | 摂食障害を有し、誤嚥が認められる入居者について、摂食・誤嚥機能に配慮した経口維持計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士が特別な管理栄養を行った場合、180日を限度として加算します。 | 著しい摂食障害があり、造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められた方が対象 摂食障害を有し、誤嚥が認められた方が対象 |
| 経口維持加算(Ⅱ) | 100/月 | | |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 90/月 | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入居者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行った場合、および介護職員に対し歯科衛生士が具体的な技術的助言及び指導を行った場合に加算します。 | |

| | | | |
|---------------|--------|---|-----------------------------|
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 110/月 | 加算(Ⅰ)の要件に加え口腔衛生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実施にあたって当該情報その他口腔管理衛生等の管理の適正かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に加算されます。 | |
| 療養食加算 | 6/回 | 医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合に加算します。 | |
| 再入所時栄養連携加算 | 200/回 | 入居者が医療機関に入院し、退院し再入居する場合、施設入居時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合、施設の管理栄養士と医療機関の管理栄養士が連携し、再入居後の栄養管理に関する調整を行った場合に加算されます。 | |
| 看取り介護加算(Ⅰ) | 72/日 | 医師が終末期であると判断した入居者について、医師、看護職員、生活相談員、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、本人又は家族の同意を得ながら看取り介護を行った場合に、 | 死亡日以前31日から45日以下を限度として加算します。 |
| | 144/日 | | 死亡日以前4日以上30日について加算します。 |
| | 68/日 | | 死亡日の前日及び、前々日について加算します。 |
| | 1280 | | 死亡日について加算します。 |
| 看取り介護加算(Ⅱ) | 72/日 | 看取り介護加算(Ⅰ)の要件に加え、配置医師緊急時対応加算の要件を満たしている場合に、 | 死亡日以前31日から45日以下を限度として加算します。 |
| | 144/日 | | 死亡日以前4日以上30日について加算します。 |
| | 780/日 | | 死亡日の前日及び、前々日について加算します。 |
| | 1580/日 | | 死亡日について加算します。 |
| 排せつ支援加算(Ⅰ) | 10/月 | 排せつ障害等のため、排泄介護を要する入居者に対し、多職種が協働して支援計画を作成し、計画に基づき支援した場合及び、排泄管理等の情報を厚生労働省に提供している場合に加算されます。 | |
| 排せつ支援加算(Ⅱ) | 15/月 | 施設入所時と比較して、排尿・排便の状態が、改善するとともに、いずれも悪化がなくオムツ使用から使用無しに改善している場合に加算されます。 | |
| 排せつ支援加算(Ⅲ) | 20/月 | | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) | 3/月 | 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクを、施設入所時に評価するとともに、3か月に1回評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出しその情報を活用していること。また、評価の結果でリスクがあるとされた入所者ごとに、医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護施設専門員その他の職種の者が共同して、褥瘡ケア計画を作成し計画に従い褥瘡管理を実施し定期的に記録し三月に1回褥瘡ケア計画を見直している場合に加算されます。 | |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) | 13/月 | 上記要件を満たし、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の発生するリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生がない時加算されます。 | |
| ADL維持等加算(Ⅰ) | 30/月 | より自立支援に効果的な取り組みを行い、入所者の日常生活動作(ADL)を良好に維持・改善するよう取り組み、その評価を厚生労働省に提出している場合に加算されます。 | |
| ADL維持等加算(Ⅱ) | 60/月 | 上記の要件を満たし、ADL値(日常生活動作)が2以上の改善がみられる場合に加算されます。 | |

| | | |
|----------------|-----------------|---|
| 自立支援促進加算 | 300/月 | 医師が入所者ごとに、自立支援に必要な医学的評価を入所時に行いその後6か月に1回、見直しを行う。また自立支援計画等の策定時に、医師看護師、介護職員介護支援専門員、その他の職種の者が共同して策定し、支援計画に従ったケアを行うとともに、医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し自立支援促進のために必要な情報を活用している時に算定されます。 |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 40/月 | 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に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している時に加算されます。 |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 50/月 | 上記の加算の要件に加え疾病の状況を厚生労働省に提出している時に加算されます。 |
| 安全対策体制加算 | 20/回 | 外部研修を受けた安全対策担当者を設置し施設内での安全対策を実施している場合加算されます。(入所時のみ) |
| 在宅復帰支援機能加算 | 10/日 | 施設基準に適合し、規定される支援を行っている場合加算されます。 |
| 在宅・入所相互利用加算 | 40/日 | 施設基準により加算されます。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3/日 | 施設基準により加算されます。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 4/日 | |
| サービス提供体制加算(Ⅰ) | 22/日 | 施設基準により加算されます。 |
| サービス提供体制加算(Ⅱ) | 18/日 | |
| サービス提供体制加算(Ⅲ) | 6/日 | |
| 新興感染症等施設療養費 | 240/月 (5日まで) | 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に対し、適切な感染対策を行った場合に算定されます。 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10/月 | 介護ロボットやICT等のてくろじーのどうつゆうご、利用者様の安全なら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委員会の開催や安全対策を幸治、業務改善を継続的に行っている場合に加算されます |
| 介護職員等処遇改善加算 | 14.00% | 施設基準により加算されます。 |

(3)費用のお支払方法

| | |
|------|---|
| 支払方法 | 毎月15日以降に前月分の請求をいたします。支払は、入居者が指定する金融機関の口座より、自動引き落としいたします。 または、事務所へ直接お支払いください。 請求明細書は、支払月の翌月15日以降に発行し、ご指定の住所へ郵送させていただきます。 |
|------|---|

(4)契約書「第15条」に定める所定の金額

利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了翌日から現実に居室が空け渡された日までの期間に係る料金

| | | | | | |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 要介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
| 要介護度別 介護サービス費 | 100% | | | | |

10. サービス提供の記録・開示

入居者に対する施設サービスの提供に関する日々の記録を整備し、サービス提供の終了日から5年間保存します。

入居者及び、ご家族、身元引受人等の方は、必要に応じて、いつでもこの記録物の閲覧、及びコピーの請求をしていただけます。ただし、コピーの場合実費相当額の費用をお支払いいただく場合があります。

11. 苦情等の受付

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、下記までお気軽に、ご相談ください。

また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善をさせていただきます。

【相談担当者】 管理者:川人 智津美
【電 話】 0574-48-8686

※公的機関においても苦情申し出ができます。

| | |
|----------|---------------------------|
| 名称 | 可児市役所介護保険課(介護事業者係) |
| 所在地 | 可児市広見1-1 |
| 電話番号 | 0574-62-1111 |
| ファクシミリ番号 | 0574-60-4616 |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後5時15分(土日、祝日を除く) |

| | |
|----------|----------------------------|
| 名称 | 岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害課苦情相談係 |
| 所在地 | 岐阜県下奈良2-2-1 (岐阜県福祉農業会館内) |
| 電話番号 | 058-275-9826 |
| ファクシミリ番号 | 058-275-7635 |
| 受付時間 | 午前9時～午後5時 (土日、祝日を除く) |
| 名称 | 岐阜県社会福祉協議会 運営適正化委員会 |
| 所在地 | 岐阜市下奈良2-2-1 (岐阜県福祉農業会館内) |
| 電話番号 | 058-278-5136 (直通) |
| 受付時間 | 午前9時～午後4時 (土日、祝日を除く) |

※苦情処理第三者委員 (公平中立な立場で、苦情を受け相談にのっていただける委員です)

| | |
|-----|--------------|
| 氏名 | 小池哲成 |
| 住所 | 可児市下切3822番地 |
| 連絡先 | 0574-62-6917 |

| | |
|-----|---------------|
| 氏名 | 荻野 淑 |
| 住所 | 可児市長坂6丁目196番地 |
| 連絡先 | 0574-65-2823 |

| | |
|-----|--------------|
| 氏名 | 野村 利道 |
| 住所 | 可児市矢戸616-2 |
| 連絡先 | 0574-65-4706 |

12. 協力医療機関

| | | |
|---------|------------------------------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 独立行政法人地域医療機能推進機構 可児とうのう病院 | 医療法人録三会 太田病院 |
| 院長名 | 岸田喜彦 | 佐々木裕茂 |
| 所在地 | 可児市土田1221-5 | 美濃加茂市太田町2855-1 |
| 電話番号 | 0574-25-3113 | 0574-26-1251 |
| 入院設備 | 有 | 有 |

13. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|--------------|
| 医療機関の名称 | 加藤歯科医院 |
| 院長名 | 加藤陽人 |
| 所在地 | 可児市坂戸667番地1 |
| 電話番号 | 0574-63-4828 |

14. 非常災害時の対策

| | |
|---------|--|
| 災害時の対応 | 別途定める「地域密着型特別養護老人ホームあおぞら 消防計画(防火管理規程)」に従って対応を行います。 |
| 平常時の訓練等 | 消防計画(防火管理規程)により、常に設備器具等の点検、消火、通報、避難誘導訓練を実施します。可茂消防事務組合南消防署西可児分署と連絡を取りながら避難誘導訓練等を行い、非常の際に備えます。 |
| 防災設備 | スプリンクラーヘッド…317 誘導灯…17 避難用滑り台…1 自動火災報知機…1 ガス漏れ報知機…1 消火器…8 非常通報装置…1 ※カーテン等は、防災性能のあるものを使用しております。 |

| | |
|-------|-----------------------|
| 消防計画等 | 消防署への届出 防火管理者 白石智子 |
|-------|-----------------------|

15. 運営推進会議の設置

当事業所の提供するサービスが、地域に開かれたものとすると共に、サービスの質の確保をしていくために設置します。

| |
|---|
| <p>【構成】 入居者、入居者の家族、地域住民の代表、施設が所在する市町村の職員、地域包括支援センターの職員</p> <p>【開催】 概ね2月に1回以上</p> <p>【内容】 施設の活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を会議から受ける</p> <p>【記録】 会議内容を記録し、公表する</p> |
|---|

16. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|-------------------|--|
| 身元引受人 | 事業者は、入居者に対し、身元引受人の指定を求めます。ただし、社会通念上、入居者に身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。（契約書参照） |
| 身体的拘束等の適正化に向けての対策 | <p>当施設は、身体拘束をいたしません。拘束禁止事項は以下のとおりです。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①徘徊しないように、車いすや椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ②転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。 ③自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。 ④点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。 ⑤点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚を掻き毟らないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。 ⑥車いすや椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト(ひも)、車イステーブルをつける。 ⑦立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。 ⑧脱衣やおむつ外しを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。 ⑨他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。 ⑩行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。 ⑪自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。 <p>※原則として、利用者の尊厳と主体性を尊重し、生活の自由を制限する身体的拘束等はいりません。しかし、緊急やむを得ない場合は、「身体的拘束等の適正化のための指針」に基づき、実行することがあります。また、「身体的拘束等適正化対策委員会」を3ヶ月に1回定期的に開催し、その結果を他職員に周知し、身体拘束を行わないケアの実施に努めます。</p> |

| | |
|--------------------|--|
| <p>来訪・面会</p> | <p>面会時間は、午前9時～午後7時と定めます。ただし感染症の流行時には施設で許可された時間等での面会時間、予約等を行っていただく場合があります。 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。ただし、時間外であっても開錠いたしますので、予めご連絡ください。また、来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。</p> |
| | <p>感染症予防のため、来訪の際には必ず手指消毒にご協力ください。また、インフルエンザ、コロナ等の感染症予防を目的に、一時的にマスク着用のご協力をいただく場合があります。</p> |
| <p>外出・外泊</p> | <p>ご家族やご友人等、親しい方との外出・外泊はお気軽にできます。その際は、行き先と帰設日時等を所定の届出用紙にご記入ください。 ただし、外泊については、最長で月6日間とさせていただきます。この間は、所定の介護保険料と、居室料金「8(1)」が必要となります。 なお、食事が不要な場合は、2日前までにお申し出ください。ただし、食費は一日を単位とするため、減免されません。</p> |
| <p>飲食物</p> | <p>ご本人が好まれる飲食物を持参され、召し上がっていただくことは可能です。 職員に、ご持参いただいた品物、種類、量、召し上がられた品物、量等をお知らせください。 ご本人の体調や健康を考え、管理栄養士や看護職員等が検討の上、差し入れの飲食物を控えていただくことがありますのでご理解ください。</p> |
| <p>居室・設備・器具の利用</p> | <p>施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください、これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。</p> |
| <p>現金</p> | <p>ご本人持ちの現金管理は、施設では責任を負いかねます。</p> |
| <p>持ち物</p> | <p>持ち物、衣類については、全てご記名ください。</p> |
| <p>個人情報の開示等</p> | <p>入居者及び身元引受人のお申し出により、本人に関するお問い合わせや個人情報の開示の程度について対応いたします。</p> |
| <p>日々の記録の開示等</p> | <p>利用者及び利用者の後見人は、いつでも記録の閲覧及び、コピーの提供を求めることができます。 ただし、コピーの提供を求める場合、実費相当額の負担が必要です。</p> |
| <p>機関紙等への掲載</p> | <p>機関紙やホームページ等への記事、顔写真の掲載を始め、当施設発行物への掲載を希望されない方はお申し出ください。控えさせていただきます。</p> |
| <p>居室の設備・器具の利用</p> | <p>入居中に、居室及び、ユニットの移動をお願いする場合があります。 居室や施設内の器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利用により、破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。</p> |

| | |
|---|--|
| ご家族の宿泊 | <p>ご本人の居室に宿泊していただくことが可能です。 ただし、寝具等をご用意ください。</p> <p>食事はご本人と共に召し上がっていただけます。お支払いは、事務所にてお願いいたします。【朝食】430円 【昼食】640円 【夕食】560円</p> |
| ご家族の協力 | <p><input type="checkbox"/>住所変更をされた場合、郵便物が当施設に届きます。事務所にて保管しておりますので、ご来訪の際には必ず郵便物の有無をご確認ください。なお、介護保険課等からの郵便物に限っては早急な対応を要することもあり、開封させていただく場合がございます。予めご了承ください。</p> <p><input type="checkbox"/>来訪の際には、近所へのちょっとした散歩、外出等、ご本人とご一緒にご自由にお出かけください。</p> <p><input type="checkbox"/>安定的な施設生活継続のため、ご本人の「願い」を可能な限り叶えられるよう支援させていただきたいと考えます。ご家族においてもご協力をお願いいたします。</p> <p><input type="checkbox"/>ご本人の誕生日等の記念日には、是非ご来訪いただき、一緒にお過ごしください。</p> <p><input type="checkbox"/>居室の収納には限度があります。季節に応じて衣類や物品の入れ替えをお願いいたします。</p> |
| 迷惑行為等 | <p>他者に対して脅威を与える行為、暴言暴力、騒音等、迷惑になる行為はご遠慮ください。また、認知症によるやむを得ない場合を除き、むやみに他の入居者の居室に立ち入らないようお願いいたします。</p> |
| 宗教活動 政治活動 | <p>暴力団関係者、新興宗教団体、政治団体及びその他事業者やサービス従業者または他の入居者に対して、脅威を与える恐れのある個人、団体との交際、関係が明らかになった場合及び、脅威を与えた場合は退去していただくことがあります。また、そうした活動についても一切ご遠慮ください。</p> |
| <p>下記の場合は、施設の管理責任を負いかねることがありますのでご了承願います。</p> | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 吸引を必要とする入居者の窒息、誤嚥等の不測の事態となったと考えられる場合。 2. ベッドからの転落及び移動中の転倒による骨折を含む怪我、及びそのことに起因すると思われる身体症状の悪化等、不測の事態と考えられる場合。 3. 精神障害(認知症等を含む)に起因すると思われる行動障害(異食、無断外出等)による不測の事態となった場合。 4. 環境変化により不測の事態となったと考えられる場合。 5. 自己管理されている飲食物(おやつ、面会者等からの差し入れ等)により、不測の事態となったと考えられる場合。 <p>※不測の事態とは、通常の支援業務を行っている中で予測できない事態が起こり、適切な処置を行ったにもかかわらず、生命及び心身に多大な影響を与えた場合を言います。</p> | |

17. 退居していただく場合(契約の終了について)

当施設としての契約では、契約が終了する期間は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続して入居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、退居いただくことになります。

- ①要介護認定により入居者の心身の状況が自立又は要支援1・2、要介護度1・2と判定された場合
- ②入居者をご逝去に至られた場合
- 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ホームを閉鎖した場合
- ④施設の減失や重大な毀損により、入居者に対する援助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入居者から退居の申し出があった場合(詳細は以下(1)をご参照ください)
- ⑦事業者から退居の申し出を行った場合(詳細は以下(2)をご参照ください)

(1)入居者からの退居の申し出があった場合

契約の有効期間であっても、入居者からの退居の申し出をすることができます。その場合には、退居を希望する日の3日前までにお申し出ください。

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入居者が入院された場合
- ④事業者若しくは職員が、正当な理由なく、本契約に定める当施設が提供する内容を実施しない場合
- ⑤事業者若しくは職員が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者若しくは職員が故意又は過失により利用者の身体・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
- ⑦他の入居者が利用者の身体・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、事業者が適切な対応をとらない場合

(2)事業者からの退居の申し出を行った場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退去していただくことがあります。

- ①入居者が、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入居者による、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促にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③入居者が、故意または重大な過失により事業者又は職員若しくは他の入居者等の生命・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等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④入居者が連続して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入居者が介護老人保健施設に入所した場合、若しくは介護療養型医療施設に入院した場合

(3)当施設入居中に、医療機関への入院の必要性が生じた場合の対応は以下のとおりです。

① 検査入院等、6日以内の短期入院の場合

6日間以内入院をされた場合には、退院後再び施設に入居することができます。
ただし、入院期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。

②7日間以上3カ月以内の入院の場合

7日以上入院された場合は、契約を解除する場合があります。
ただし、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、当施設に再入居できるよう配慮いたします。

③ 3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約は解除となります。

※入院または外泊期間中の居住費は通常通りお支払いいただきます。

| | |
|-------|---|
| 容態急変時 | 応急処置をおこなうと共に、消防署もしくは適切な医療機関と連絡を取り、救急治療あるいは、緊急入院が受けられるようにします。 身元引受人、ご家族の方には症状の報告と搬送先のご連絡をいたします。 |
|-------|---|

19. 緊急連絡先

| | | |
|---|-----|------------|
| 1 | 氏名 | 【続柄】 |
| | 住所 | 〒 |
| | 連絡先 | 【携帯】 【TEL】 |

| | | |
|---|-----|------------|
| 2 | 氏名 | 【続柄】 |
| | 住所 | 〒 |
| | 連絡先 | 【携帯】 【TEL】 |

| | | |
|---|-----|------------|
| 3 | 氏名 | 【続柄】 |
| | 住所 | 〒 |
| | 連絡先 | 【携帯】 【TEL】 |

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、指定介護福祉施設サービスの提供に同意したことを確認します。

年 月 日

(利用者)

氏名 _____

住所 _____

(署名代行者)

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏名 _____

住所 _____

(利用者の家族等)

氏名 _____

住所 _____

続柄 _____

指定介護福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 藤の会

指定地域密着型介護老人福祉施設 あおぞら

説明者職名 生活相談員 氏名 白石智子