

サンシルバー さわらび

(特養・短期入所)

重要事項説明書
利用契約書
個人情報に係る同意書



社会福祉法人 放泉会

サンシルバーさわらび 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。
(島根県指定 第 3270590023 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。

原則として、施設は「要介護 1～5」と認定された方が対象、入所時は要介護 3 以上（特例有）の方が入所の対象となります。

短期入所は、「要介護」、「要支援」と認定された方が対象となります。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 放泉会
- (2) 法人所在地 島根県大田市長久町土江 5 5 番地 2
- (3) 電話番号 0854 - 84 - 0101
- (4) 代表者氏名 理事長 瓜坂 尚之
- (5) 設立年月 昭和 59 年 8 月 1 日

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 指定介護老人福祉施設・指令高第 1121 号 35 島根県 3270590023 号

(2) 施設の目的

さわらび苑に入居し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を受けることにより、心身の機能維持並びに、身体及び精神的負担の軽減を図り、入居者が有する能力に応じて自律した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とする。

- (3) 施設の名称 サンシルバーさわらび
- (4) 施設の所在地 島根県大田市長久町土江 65 番地 2
- (5) 電話番号 0854-86-8001 F A X 0854-86-8011
- (6) 施設長（管理者）氏名 瓜坂 尚之
- (7) 当施設の運営方針

- ・入居者に対してサービスの提供方法を理解しやすいように説明する。意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って運営にあたる。
- ・市町村、居宅介護支援事業者その他地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図りながら、常に利用者の心身の状況や環境を考慮し、サービス計画に基づき、機能訓練及び日常生活を営む上での援助を行い、提供するサービスについて常にその評価を行い、その改善を図るものとする。
- ・地域福祉の拠点の場所となり地域住民との交流を図る。
- ・サービスの質の向上として、「気くばり」「心くばり」「目くばり」「声くばり」を職員の心得として質の向上を目指す。
- ・身体拘束は原則として行わない。（行う場合は家族の同意を得ての実施となります。）
- ・健康・衛生管理に努める。
- ・介護老人福祉施設サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しない。

- (8) 開設年月 昭和 6 0 年 4 月 1 1 日 移転年月日 令和 2 年 5 月 1 日

- (9) 入所定員 80 人（空床利用短期入所）

- (10) 非常災害対策 地域と連携して非常災害に関する具体的計画を立て定期的に避難救出やその他必要な訓練を行います。事故等が発生した場合、迅速に対応いたします。

3. 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、全室個室です。

1ユニット10名、全体で8ユニットの構成となっています。

居室面積	14.67 m ² から 18.08 m ²
キッチン	各ユニットに配置
浴室	各階に個別浴室、2階と3階に機械浴室
共同スペース	各ユニットに配置
セミパブリックスペース	各階
医務室	各階

※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必置が義務づけられている施設・設備です。

☆ 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。

4. 送迎の実施地域

通常の送迎実施地域は大田市内となっております。

5. 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	指定基準
1. 施設長（管理者）	常勤 1名
2. 介護職員	常勤換算 24名以上
3. 生活相談員	常勤 1名以上
4. 看護職員	常勤換算 3名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上
6. 介護支援専門員	常勤 1名以上
7. 医師（内科、精神科、眼科、歯科）	嘱託医 1名
8. 管理栄養士	1名以上

〈主な職種の勤務体制〉（土日は下記と異なります。）

職種	勤務体制
1. 医師	毎週水曜日と不定期 15：00～17：00
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：00～16：00 4名 日勤： 8：30～17：30 1名 遅出： 10：00～19：00 4名 夜間： 16：00～ 9：00 4名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早出： 7：30～16：30 1名 日勤： 8：30～17：30 1名 遅出： 10：00～19：00 1名
4. 機能訓練指導員	日勤： 8：00～17：00 1名

6. 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) 当施設が提供する基準介護サービス（契約書第3条参照）＊

以下のサービスについては、居住費、食費を除き厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定介護老人福祉施設が法定代理受領サービスであるときはその利用者の負担割合に応じた額とする。

<サービスの概要>

①居室の提供

②食事

- ・当施設では、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況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下記の時間内に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：7：30～8：30 昼食：12：00～13：00 夕食：18：00～19：00

③入浴

- ・週2回、入浴又は清拭を行います。
- ・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。

④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。

⑤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又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑥健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。 ・利用者の状態に応じ毎食後の口腔ケアを行います。
- ・特にインフルエンザ対策として、予防接種を行います。

⑦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、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)> (別紙参照)

(2) (1) 以外のサービス（契約書第4条、第5条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の全額を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特別な食事（酒を含みます。）

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：要した費用の実費

②理髪・美容

[理髪サービス]

月に1回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。

利用料金：1回あたり1,500円より

[美容サービス]

月1回、美容師の出張による美容サービス（髪染め、パーマ、洗髪等）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり5,500円より

③電気代

利用料金として1日あたり一つにつき50円となります。(テレビや電気毛布、電気あんか、冷蔵庫

等)

④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。

書道、茶道、華道（材料代等の実費をいただきます。）

⑤複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧でき、必要に応じて複写いたします。

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活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。

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。

健康管理等について、インフルエンザ予防接種を希望される方は実費負担となります。

⑦契約書第 19 条に定める所定の料金

ご契約者が、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）は、今までいただいていた額といたします。

ご契約者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合は、要介護 1 での扱いといたします。

☆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 2 ヶ月前までにご説明いたします。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第 5 条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 25 日までに以下のいずれか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. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

島根中央信用金庫 大田営業部 普通預金 0196665

介護老人福祉施設 サンシルバーさわらび 苑長 瓜坂尚之

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：島根中央信用金庫、山陰合同銀行、J Aバンク 島根

手数料がかかる場合があります。

(4) 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療や入院治療を受

医療機関の名称	所在地	診療科
やまうち内科	島根県大田市長久町長久口 225-5	内科、糖尿病内科、内分泌内科
大田市立病院	島根県大田市大田町吉永	整形、泌尿器科、外科他
石東病院	島根県大田市大田町大田	精神科
しみず眼科	島根県大田市大田町大田イ 192-15	眼科
楫野歯科医院	島根県大田市大田町大田口 335-乙	歯科

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。）

協力病院以外の医療機関をご希望の場合は、送迎費用等別途にご負担いただきます。

7. 緊急時の対応

心身状況の異変や容態急変の際は、「緊急連絡先」に沿って家族に連絡するとともに、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

8. 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、ご家族、市町村、関係医療機関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。

9. 虐待防止

虐待を防止するため、従業者に対する研修の実施、契約者及びご家族からの苦情処理体制の整備その虐待防止のために必要な措置を講ずるとともに、虐待を受けたと思われる契約者を発見した場合には、速やかにこれを市町村に通報します。

10. 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、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第 13 条参照）

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 要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、要介護 1,2 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閉鎖した場合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の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）（契約書第 14 条、第 15 条参照）

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、退所を希望する日の 4 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、施設を退所することができます。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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）（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、当施設からの退所していただくことがあります。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">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 6 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者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・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

→*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 18 条参照)
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検査入院等、短期入院の場合

1 ヶ月につき 6 日以内（連続して 7 泊、複数の月にまたがる場合は 12 泊）の短期入院の場合は、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、所定の利用料金をご負担いただきます。（別紙料金表参照）

②上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、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できます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの受入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いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、別紙利用料金をご負担いただきます。

③3 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、契約を解除する場合があります。

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、介護保険から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

なお、ご契約者が利用していたベッドを短期入所生活介護に活用することに同意いただく場合には、所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

(3) 円滑な退所のための援助 (契約書第 17 条参照)

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。

- 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
- 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

11. 身元引受人 (契約書第 20 条参照)

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることはありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品(残置物)をご契約者自身が引き取れない場合に備えて、「身元引受人」を定めていただきます。(契約書第 20 条参照)

当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引渡しにかかる費用については、ご契約者又は身元引受人にご負担いただきます。

※入所契約締結時に身元引受人が定められない場合であっても、入所契約を締結することは可能です。

12. ご要望、苦情等の受付について（契約書第 22 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（担当者） [職名] 介護支援専門員 加藤 幹子
- 苦情解決責任者 [職名] 苑長 瓜坂 尚之
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

（2）行政機関その他苦情受付機関（事務室前に掲示）

大田市役所 介護保険課	電話番号 0854-82-1600（代表） 受付時間 8：30～17：15
島根県 国民健康保険団体連合会	電話番号 0852-21-2811 受付時間 9：00～17：00
島根県運営適正化委員会	電話番号 0852-32-5913 受付時間 8：30～17：00
第三者委員会 細田 哲也 平田 節子	電話番号 0854-84-8168 0854-82-1480

13. 福祉サービスの第三者評価の有無 有 ・ 無

令和 年 月 日

指定介護老人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（短期入所生活介護） サンシルバーさわらび

説明者職名 職名 _____ 氏名 _____ 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、指定介護福祉施設（短期入所生活介護）サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

身元引受人 住所 _____

(家族等)

氏名 _____ 印 _____

緊急連絡先

1 氏 名 _____ 電話番号 _____ () _____ 携帯

生年月日 昭和・平成 年 月 日 電話番号 _____ () _____ 自宅

続 柄 _____ メールアドレス _____

2 氏 名 _____ 電話番号 _____ () _____ 携帯

生年月日 昭和・平成 年 月 日 電話番号 _____ () _____ 自宅

続 柄 _____ 住所 _____

3 氏 名 _____ 電話番号 _____ () _____ 携帯

生年月日 昭和・平成 年 月 日 電話番号 _____ () _____ 自宅

続 柄 _____ 住所 _____

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上4階
- (2) 建物の延べ床面積 4,375.27 m²
- (3) 併設事業

当施設では、次の事業を併設して実施しています。

[(介護予防) 短期入所生活介護] 令和2年4月1日指定更新 指令高第1453号の512 空床利用

(4) 施設の周辺環境*

当苑の特色は、法人として、特養(ユニット型、従来型)2棟、保育園、学童クラブを設置し、福祉ゾーンを展開。国道9号長久町土江バス停より徒歩3分の位置。近くには大型ショッピングセンターがあり、買い物と面会がセットで出来るようになっていています。そして何より、職員のあたたかさに触れて頂けます。

2. 職員の配置状況(介護老人福祉施設、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護)

<配置職員の職種>

管理者… 事業所の従業員の管理、及び利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。

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。24名以上の介護職員を配置しています。

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名以上の生活相談員を配置しています。

看護職員… 主にご契約者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等も行います。3名以上の看護職員を配置しています。

機能訓練指導員… ご契約者の機能訓練を担当します。1名以上の機能訓練指導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名以上の介護支援専門員を配置しています。

管理栄養士… 栄養状態を適切にアセスメントし、その状況に応じて多職種協働により栄養マネジメントを行います。1名以上の管理栄養士を配置しています。

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。内科、精神科、眼科、歯科4名の医師を非常勤配置しています。

3. 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・確保に配慮します。
- 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うえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④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、ご契約者又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、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等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、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、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所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

⑥緊急時等における対応方法（施設・短期入所・予防短期入所）

事業者の従業者はサービス提供中に起因する事故、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は、あらかじめ定めた協力医療機関及び当該家族への連絡等必要な措置を講ずるとともに管理者に報告し、管理者は市町村関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。事業所はサービス提供するにあたり、あらかじめ利用者の心身の状況を把握するとともに、緊急連絡網を整備します。

4. 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

入所にあたり、ペットなどの生き物は原則として持ち込むことができません。

(2) 面会

面会時間 9:00～16:30

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

※なお、来訪される場合、ペットの持ち込みはご遠慮ください。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。前日までに申し出があった場合には、重要事項説明書 5 (1) に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。

(5) 施設・設備の使用上の注意（契約書第9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、又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所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(6) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について（契約書第10条、第11条参照）

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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、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時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

6. ご利用料金について

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額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。平成27年8月より、年間所得に応じてサービス利用料

が1割から3割負担となります。)

〈サービス利用料金(1日あたり)〉 (契約書第5条参照)

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金 (自己負担額)	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
		670 円	740 円	815 円	886 円
2. 看護体制加算Ⅰロ *1	4 円				
3. 看護体制加算Ⅱロ *2	8 円				
4. 日常生活継続支援加算 *3	46 円				
5. 栄養マネジメント強化加算 *4	11 円				
6. 個別機能訓練加算 *5	12 円				
7. 夜勤職員配置加算 *6	18 円				
8. 居室に係る自己負担額	2,066 円				
9. 食事に係る自己負担額	1,450 円				
10. 自己負担合計	4,285 円	4,355 円	4,430 円	4,501 円	4,570 円

◎保険者より発行された介護保険負担割合証にて、負担割合が2割、3割の方は、上記1～7が2倍、3倍となります。

*1 常勤の正看護師を1名配置しています。

*2 所定の看護職員の数に対し1名を加え、24時間の連絡体制を確保しています。

*3 新規利用者70%以上が要介護4～5、介護福祉士資格を有する職員が基準数を超えた配置です。

*4 摂食、嚥下機能及び食事形態に配慮した栄養ケア計画を策定します。

*5 個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施します。

*6 夜勤時間帯における介護・看護職員の配置を手厚くし、常勤換算で最低配置基準を1名以上上回る職員を配置しています。

◎保険者より発行された介護保険負担割合証にて負担割合が2割、3割の方は下記が2倍、3倍となります。

☆科学的介護推進体制加算Ⅱとして、月1回50円加算します。

*科学的介護推進体制加算とは、ご利用者のデータ(ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等)をLIFE(国の新たなデータベース)に送り、そのフィードバックを受けることにより、PDCA(計画・実行・評価・改善)サイクル、ケアの質の向上を目指す根拠に基づいた科学的介護を推進するものです。

☆医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合には、1食あたり6円となります。

☆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いったん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されます(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。

☆居室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。

☆ご契約者が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく1日あたりの利用料金は、別表の通りです。(契約書第18条、第21条参照)

☆入所後30日までは初期加算として1日あたり30円となります。30日以上入院後も、同様に初期加算が算定されます。

☆外泊、入院時(一月あたり6日、月をまたぐ場合は最高12日間)、ご契約者のためにベッドが確保されている場合は、別表のとおりとなります。

別表

	短期入院、外泊	居住費(個室)	合計
自己負担額	246 円	2,066 円	2,312 円

☆医師が終末期であると判断したご契約者について、ご契約者又はご家族等の同意を得て医師、看護師、介護職員等が共同して看取り計画書を作成し、当施設で看取り介護を行った場合、死亡日を含め 45 日を上限として、死亡月に下記の料金が加算されます。但し、在宅に戻ったり、医療機関への入院等により、当施設において看取り介護を直接行っていない、退所した日の翌日から死亡日までの間は、料金をお支払いいただく必要はありません。又、退所した日から死亡日までの期間が 46 日以上あった場合は、看取り介護加算の算定はありません。

看取り介護加算（死亡日）	1,580 円
看取り介護加算（死亡日前日含め 4 日間）	780 円
看取り介護加算（死亡日含め 5 日前～30 日）	144 円
看取り介護加算（死亡日以前 31～45 日）	72 円

※ 当施設における看取り介護とは、医師が病状又は全身状態等から終末期にあると判断し、かつ、医療機関での対応の必要性が低いと判断したご契約者に対し、その身体的苦痛、苦悩をできる限り緩和し、死に至るまでの期間、そのご契約者が一人の人間として、その人らしく充実し、納得して生き抜くことができるよう、日々の暮らしを営む援助をすることを目的として、ご契約者の尊厳、家族の思いに充分配慮しながら、心を込めて介護を行うことです。

☆ 配置医師が、当施設の求めに応じ、早朝（午前 6 時から午前 8 時）、夜間（午後 6 時から午後 10 時）深夜（午後 10 時から午前 6 時）に訪問してご契約者に対し診療を行い、かつ診療を行った理由を記録した場合は、早朝又は夜間の場合は 1 回につき 650 円、深夜の場合は 1,300 円、**通常の勤務時間外の場合は 325 円を加算します。**

☆ **介護職員等处遇改善加算として総金額（居住費、食費を除く）の 14%が別途かかります。**

☆ **個別機能訓練加算Ⅱとして、月 1 回 20 円を加算します。**

☆ **生産性向上推進体制加算Ⅱとして、月 1 回 10 円を加算します。**

☆ **高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰとして、月 1 回 10 円を加算します。**

☆ **協力医療機関連携加算として、月 1 回 50 円を加算します。**

<サービス利用料金(1日あたり)> (契約書第 5 条参照) 短期入所

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と食事に係る標準自己負担額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。）

1. ご契約者の要介護度とサービス利用料金（自己負担額）	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
		529 円	656 円	704 円	772 円	847 円	918 円
2. サービス提供体制強化加算*1	22 円						
3. 個別機能訓練体制加算 *2	56 円						
4. 機能訓練指導体制加算 *2	12 円						
5. 看護体制加算Ⅰロ *2			4 円				
6. 看護体制加算Ⅱロ *2			8 円				
7. 夜勤職員配置加算 *2			18 円				
8. 居室に係る自己負担額	2,066 円						
9. 食事に係る自己負担額	1,450 円						
10. 自己負担合計	4,135 円	4,262 円	4,340 円	4,408 円	4,483 円	4,554 円	4,623 円

◎保険者より発行された介護保険負担割合証にて、負担割合が 2 割、3 割の方は、上記 1～7 の他、下記加算が 2 倍、3 倍となります。

☆医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合には、1食あたり8円となります。
 ☆送迎の必要な方については、片道184円となります。(通常の実施地域は、大田市の区域とする)
 ☆医療連携強化加算として、1日あたり58円。必要な利用者に対し、急変の予測や早期発見等のため、看護職員による定期的な巡視を行っていること。あらかじめ協力医療機関を定め、緊急やむを得ない場合の対応に係る取り決めを行います。(協力医療機関 やまうち内科、大田呼吸循環クリニック)
 ☆介護職員等処遇改善加算として総金額(居住費、食費を除く)の14%が別途かかります。

*1 日常生活継続支援加算の算定に準じ、サービス提供体制強化加算を算定します。

*2 その他加算は、P11参照ください。

◇ 当施設の短期入所生活介護 居住費・食費の負担額

食費 朝食 370円、 昼食 630円、 夕食 450円

1. 補足給付受給者の方は基準費用負担額といたします。

2. 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は、施設利用の居住費(短期入所は滞在費)・食費の負担が軽減されます。

利用者負担段階	ユニット型個室	食費	
		施設入所者	短期利用者
1段階	880	300	300
2段階	880	390	600
3段階①	1,370	650	1,000
3段階②	1,370	1,360	1,300
4段階	2,066	1,450	1,450

[単位：円] (日額)

* 施設利用にあたり家族より希望・要望*

なし又はありに○印を記入。ありの場合は下記の枠内にご記入ください。

なし	あり
----	----

<看取り介護について>

「看取りに関する指針」に基づき説明を受けました。

令和 年 月 日

契約者

氏名 _____ 印 _____

身元引受人
(家族等)

氏名 _____ 印 _____