

指定介護老人福祉施設こすもす重要事項説明書

社会福祉法人清祥会

当施設は、介護保険の指定（石川県指定 第 1771700174 号）を受け、ご利用者に対してユニット型指定介護福祉施設（以下、「ユニット型施設」といいます。）サービス及び指定介護福祉施設（以下、「従来型施設」といいます。）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 清祥会
(2) 所在地	石川県鳳珠郡能登町字五郎左エ門分藤 17 番地
(3) 電話番号	0768-76-2002
(4) 代表者名	理事長 紙谷 靖博
(5) 開所年月	平成 14 年 6 月 27 日
(6) 基本理念	「 和 (わ) 」
(7) 基本方針	

- ① 私たちは、何よりご利用者の基本的人権を尊重するとともに、お一人お一人の尊厳のある豊かな生活を実現します。
- ② 私たちは、ご利用者本位を念頭に、快適で和やかな生活の場となることを目指し、ご利用者それが充実した生きがいのある生活を送れるように支援します。
- ③ 私たちは、ご利用者のご希望や心身の状態、生活の状況に応じた、適切な生活支援や健康管理などを行います。ご利用者自身の自己決定を大切により自立した生活が実現するよう支援します。
- ④ 私たちは、それぞれの立場や職域を越えて協働し、和をもってチームケアを推進します。また地域社会の一員として、保健、医療等関連分野と協働し、地域福祉の充実に努めます。
- ⑤ 私たちは、ご家族との信頼関係、地域の人々・保育所や学校等との交流を大切に、皆さんと一緒に、地域の中で生き生きとした豊かな人生を送れるように支援します。

2. ご利用施設

(1) 施設の種類

- ・ユニット型指定介護老人福祉施設
- ・指定介護老人福祉施設

(2) 施設の目的

家庭での介護が困難な要介護者等に対し、入浴、排泄、家事等の介助やその他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をします。

(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム こすもす

(4) 所 在 地 石川県鳳珠郡能登町字五郎左エ門分藤 17 番地

(5) 電 話 番 号 0768-76-2002

(6) 施設長（管理者） 紙 谷 靖 博

(7) 当施設の運営方針

要介護者に対し、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、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、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るよう目指します。また、特にユニット型施設では、入居者の居宅における生活と入居後の生活が連續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関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援します。

(8) 開所年月 平成 14 年 6 月 27 日

(9) 入所定員 ユニット型 30 人 従来型 50 人 合計 80 人

3. 居室の概要

(1) ユニット型施設の居室及び設備

- ・入居される居室は全室個室となっており、ご利用者のご希望と心身の状況等を考慮し、ユニット及び居室の選定を行っております。

居室・設備の種別	室 数	備 考
基 本 室	9 室 (合計 27 室)	
特 別 室	1 室 (合計 3 室)	
合 計	10 室 (合計 30 室)	
共同生活室	各ユニットに 1 室	食堂スペースを含む
台 所	各ユニットに 1 室	
浴 室	2 階・3 階に各 1 室	機械浴槽・個人浴槽

(2) 従来型施設の居室その他の設備

- ・入居される居室は、4人部屋又は個室となりますが、ご利用者の心身の状況、空室の状況等を考慮し居室の選定を行っております。
- ・ご利用者から居室の希望及び変更希望の申し出があった場合は、ご利用者の心身の状況や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、ご利用者の心身の状況により、ご本人・ご家族と協議の上、居室を変更する場合があります。

居室・設備の種類	室 数	備 考
1人部屋	10室	
4人部屋	10室	
合 計	20室	
食 堂	2階・3階各1室	
機能訓練室	1室	
浴 室	1室	機械浴槽・個人浴槽
医 務 室	1室	

4. 主な職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して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。(令和6年4月1日現在)

職 種	指定基準	実員数
1. 施設長（管理者）	1名	1名
2. 介護職員（介護福祉士等）	40名	50名
3. 生活相談員	2名	2名
4. 看護職員（看護師等）	4名	5名
5. 機能訓練指導員（理学療法士等）	1名	2名
6. 介護支援専門員	1名	1名
7. 医 師	必要数	1名
8. 栄養士（管理栄養士を含む）	1名	2名
9. 調理員		6名
10. 事務員		3名

※職員配置は指定基準を遵守しています。実員数は若干の変動があります。

※職員の職種や配置状況、ご利用者の心身機能状況の比率等、厚生省の定める要件を満たす場合には、介護報酬の加算を行います。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下の施設サービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

① 食　　事

1. 管理栄養士等により栄養管理された献立を提供します。
2. 必要に応じてご利用者のお身体の状況や病気等の事由、好みなどに応じて、食事の内容や形態などできる限り柔軟な対応を致します。
3. ご利用者の栄養状態やお身体の状態などに応じた栄養ケア計画を作成します。(これが実施されない場合は1日14円を減じます。)
4. ご利用者の自立支援に向け、できるだけ食堂などの場所でのお食事ができるように支援します。
5. ご利用者のお身体や病気の状態やご希望などに応じて、適切な時間に適切な場所(居室など)でお食事をすることができます。
6. ご利用者の心身の状況に応じて、無理のない範囲で簡単な調理等を行うことができるよう支援します。
7. ご利用者の病状により必要な療養食を提供(加算あり)します。
8. 食事や飲み込みが困難な方にも、できるだけ食事を摂ることができるよう支援します。(必要な要件を満たす場合加算を算定します。)
9. 食事時間は、概ね次の時間帯ですが、ご利用者のご希望や生活状況に応じて選択することができます。
朝食：8:00～9:00　昼食：12:00～13:00　夕食：18:00～19:00

② 入　　浴

1. ご利用者の心身の状況や生活習慣、ご希望等に合わせて、適切な時間と方法で入浴又は清拭を行い、清潔が保たれるよう支援します。
(従来型施設においても、原則週2度以上の入浴・清拭を行います。)
2. 原則として個別浴を楽しんでいただけるよう支援します。
3. 個別浴(一般浴)が困難な方でも、機械浴槽等を使用して、無理なく入浴することができます。
4. 入浴の支援の際には、特にご利用者のプライバシーの保護に細心の注意を払います。

③ 排　　泄

1. ご利用者のお身体の状況やご希望などに応じて、適切な方法での排泄が行えるように支援します。
2. ご利用者ができるだけ自立した生活できるように、その能力を最大限活用した支援を行います。(状況に応じ、排せつ支援加算を算定します。)

3. できるだけトイレでの排泄が行えるように支援するとともに、必要に応じて福祉用具（ポータブルトイレ等）、排泄補助用品（尿漏れパッド等）を適切に活用します。
4. 排泄の支援の際には、特にご利用者のプライバシーの保護に細心の注意を払います。

④ 機能訓練

1. 機能訓練指導員（理学療法士等）により、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。
2. 適切な評価に基づいた機能訓練実施計画を作成し、機能訓練やその他の支援を行います。（個別機能訓練加算を算定します）

⑤ 健康管理

1. 医師や看護職員による健康管理を行います。
2. 服薬などご利用者に必要な医療的な管理（専門的なものを除く）についても看護職員が行ないます。
3. 終末期において施設での看取り介護を希望される方は、看取り介護計画を作成し最後までその方らしい生活ができるように支援します。
 - ・ 看取り介護加算を算定します。（費用については後述のとおり）
 - ・ 看取り介護加算に係る費用については死亡月の請求となります。
4. ご利用者に対する吸たんなど医療的ケアの一部の行為を、嘱託医、看護職員の指示のもと、看護職員と介護職員が協働して実施します。
 - ・ 厚生労働省の規定による一定の研修を受けた介護職員等が、以下に示す①～⑤の医療的ケアを実施します。
 - ・ 別に全国老人施設協議会の規定により実施する研修を受けた者については、⑥及び⑦の医療的ケアを実施します。
 - ・ 実施に際しては、継続的な研修体制の整備、嘱託医による看護・介護職員への指導の実施、実施状況の把握や研修内容の見直しなど、ご利用者の安全確保に向けて最善を尽くします。

【厚生労働省規定による研修を受けた介護職員が実施できる医療的ケア】

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. 口腔内のたんの吸引 | 4. 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 |
| 2. 鼻腔内のたんの吸引 | 5. 経鼻経管栄養 |
| 3. 気管カニューレ内のたんの吸引 | |

【全国老施協による研修を受けた介護職員が実施できる医療的ケア】

1. 口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引
2. 胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）

⑥ その他

- ご利用者自身ができるだけ役割や生きがいを持って生活が行えるように支援します。
- ご利用者の介護状態等が悪化しないように、できるかぎりベッドを離れて生活できるように必要な支援を行います。
- ご利用者のご希望、健康状態、生活習慣などに応じて、できるだけ規則正しい生活のリズムとなるように支援します。
- ご利用者の生活リズムや好みに応じた清潔で活気のある暮らしができるように、可能な限り毎朝夕の着替えを行うよう支援します。
- 清潔で快適に過ごせるように、整容（洗顔や整髪、髭剃りなど）や口腔ケア（歯磨きやうがい、入れ歯の洗浄など）を適切に支援します。
- その他、ご利用者の自立支援の視点から必要な支援を行います。

（2）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、原則として利用料金の全額がご利用者の負担となります。

① 各個室・4人室の使用にかかる居室費用及び光熱費

- 年金所得等に応じた利用負担の軽減の制度があります。（利用料金参照）
- 介護保険制度により給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

② ご利用者の嗜好品

- 酒類、タバコ、栄養補助食品、その他個別に消費する食品等

③ 理髪・美容サービス

- 定期的、理容師の出張による理髪・美容サービスをご利用いただけます。

④ 貴重品の管理

ご利用者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。

1. 預貯金等に関するもの

[管理するもの] 施設の指定する金融機関の預貯金通帳及び届出印
有価証券、年金証書

[保管管理者] 事務長

[出納方法] 手続きは以下の通りです。

- 預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、所定の届出書に記載の上、保管管理者に申し出てください。
- 保管管理者は届出書の内容に従い、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、ご利用者への内容の確認又はその写しを交付します。

2. 小遣い・医療費等、現金に関するもの

[管理するもの] 現金（多額の場合、現金以外での保管をお願いします）

[保管管理者] 総務部長

[出納方法] 手続きは以下のとおりです。

- ア) 現金の出入金が必要な場合、申し出ていただき、小遣い、医療費の支払い、日用品の購入等に係る出入金及び支払いを行います。
- イ) 小遣い等の現金の出入金については、2名が立会いを行い、その内容について預り金出入金簿に記載します。
- ウ) 医療費、日用品の購入等については、領収書等を添付の上、その内容について預り金出入金簿に記載します。
- エ) 保管管理者は、預り金出入金簿の内容について、その写しを定期的（年4回）又はご利用者から依頼がある毎に交付します。

⑤ レクリエーション、クラブ活動

ご利用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. 主なレクリエーション行事予定

- ・ お花見、クリスマス、お正月、節分等季節に合わせた行事
- ・ 散歩、ドライブ、散策などの行事

2. クラブ活動

- ・ 書道、茶道、華道など（材料代等の実費をいただきます。）
- ・ 畑作りや花作りなどの園芸など

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

1. 個別に使用する日常生活品に係る費用（「自費一覧」参照）

2. クリーニング代金

3. 個人的な教養・趣味・娯楽等にかかる代金

4. 「自費一覧」に示す以外に、日常生活で個人的に使用する消耗品等については、ご利用者でご用意いただくか、実費をご負担ください。

※施設が選定するオムツに係る代金はご負担の必要がありません。

⑦ 入院時に必要となる物品その他の費用

利用者の身体・健康の状態により入院の必要がある場合において、ご希望により、ご入院の期間中必要となるオムツ類・防水シーツ・その他身の回り品のご用意及び衣類等の洗濯についての代行をさせていていただくことができます。

（「自費一覧」参照）

⑧ 電気製品使用料

ご利用者が居室等で個別に使用される電気製品については、その使用料をご負担ください。（「自費一覧」参照）

⑨ 健康管理費等

- ご利用者の健康管理に関するもの内、ご利用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。
- インフルエンザ等の予防接種については、各市町が負担を定める額を減じた差額を医療機関にお支払いいただきます。

⑩ 契約書に定める所定の料金

ご利用者が契約終了後も居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日から居室が明け渡された日までの期間に係る利用料金等の全てをご負担いただきます。※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か月前までにご説明します。

⑪ 複写物の交付

- ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。
- 複写物を必要とする場合には実費（1枚10円）をご負担ください。

（3）サービス利用料金（1日あたり）について

① ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金

【ユニット型介護福祉施設（個室）の利用料】

自己負担額（1割）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1.基本報酬分（1割）	652円	720円	793円	862円	929円	
2.各種加算分	約200～250円（加算の算定状況によります）					
3.食事費用	1,445円					
4.居室及び光熱費	2,006円（特別室は2,312円）					
費用の概算 (1日)	1割	4,323円	4,391円	4,464円	4,533円	4,600円
	2割	5,195円	5,331円	5,477円	5,615円	5,749円
	3割	6,067円	6,271円	6,490円	6,697円	6,898円

【従来型介護福祉施設（個室）の利用料】

自己負担額（1割）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
1.基本報酬分	559円	627円	697円	765円	832円	
2.各種加算分	約180～220円（加算の算定状況によります）					
3.食事費用	1,445円					
4.居室及び光熱費	1,171円					
費用の概算 (1日)	1割	3,375円	3,443円	3,513円	3,581円	3,648円
	2割	4,134円	4,270円	4,410円	4,546円	4,680円
	3割	4,893円	5,097円	5,307円	5,511円	5,712円

【従来型介護福祉施設（4人室）の利用料】

自己負担額（1割）	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
1.基本報酬分	559円	627円	697円	765円	832円
2.各種加算分	約180～220円（加算の算定状況によります）				
3.食事費用			1,445円		
4.居室及び光熱費			855円		
費用の概算 (1日)	1割	3,059円	3,127円	3,197円	3,265円
	2割	3,818円	3,954円	4,094円	4,230円
	3割	4,577円	4,781円	4,991円	5,195円
					5,396円

※自己負担額は1割負担の場合の例です。収入等の規定により2割又は3割負担の場合は2倍又は3倍となります。（利用負担証をご確認ください。）

※各種加算分については、ユニット220円、従来型200円で概算しています。

※令和3年9月までは、基本報酬に0.1%を乗じた金額を加算します。

② 施設のサービス提供体制及び計画策定、実施などによりご利用者ごとに個別に算定されるサービス費（1割分を例示）

【入所時・外泊時、再入所時や退所時等に算定されるもの】

① 初期加算	利用者が新規に入居及び1ヶ月以上の入院後再び入居した場合に30日間算定します。	30円
② 外泊時費用	外泊（入院を含む）の際に算定（1月に6日以内で他のサービス費は算定しません）	246円
③ 外泊時在宅サービス利用費用	外泊時に施設の在宅サービスを利用した場合（月に6日以内で初日・最終日を除く）	560円
④ 再入所時栄養連携加算	入院し入所者の退院時に管理栄養士が医療機関と連携し栄養計画を作成した場合	200円
⑤ 退所前訪問相談援助加算	入所者の退所前に自宅等を訪問し退所後のサービスの相談援助を行う場合（2回まで）	460円
⑥ 退所後訪問相談援助加算	入所者の退所30日以内に自宅等を訪問し相談援助を行う場合（退所後1回まで）	460円
⑦ 退院時相談援助加算	退所後に相談援助を行い、居宅サービスを利用しその情報を市町等に提供する場合	400円
⑧ 退所前連携加算	退所前から居宅介護支援事業者連携した場合	500円
⑨ 安全対策体制加算	事故の発生・再発防止の措置を取るための担当者・安全部門の設置等の対策を行う場合	20円 (入所時)

【個別の計画・実施、情報提供・活用に伴いほぼ算定すると思われるもの】

① 科学的介護推進体制加算（I）	利用者毎のADLや栄養・口腔・認知症等の情報を厚生労働省に提出・活用する場合	40円 (月額)
② 科学的介護推進体制加算（II）	（I）に加えて、利用者の疾病等の情報を提出した場合	50円 (月額)
③ 個別機能訓練加算（I）	個別の機能訓練計画を策定しこれに基づきサービス提供を行った場合	12円 (日額)
④ 個別機能訓練加算（II）	（I）を算定し、その情報を厚生労働省に提出・活用を実施した場合	20円 (日額)
⑤ 栄養マネジメント強化加算	管理栄養士を50名に1人以上配置し、低栄養等の利用者に対し、栄養計画を作成するなどの要件を満たし、かつその情報を厚生労働省に提出・活用する場合	11円 (日額)
⑥ 排せつ支援加算（I）	定期的な評価や支援計画の見直しなどの要件を満たし排せつの支援を行った場合	10円 (月額)
⑦ 排せつ支援加算（II）	（I）を満たし、排尿・排便の改善、もしくはおむつ使用の改善があった場合	15円 (月額)
⑧ 排せつ支援加算（III）	（I）を満たし、排尿・排便の改善及びおむつ使用の改善があった場合	20円 (月額)
⑨ 排せつ支援加算（IV）	排せつに介護が必要な利用者に医師等が評価・計画作成等の要件を満たす場合	100円 (6月内)
⑩ 自立支援促進加算	定期的な医師による医学的評価を厚生労働省に提出し、医師を含む共同により支援計画の作成見直しなどの要件を満たす場合	300円 (月額)
⑪ 褥瘡マネジメント加算（I）	褥瘡リスクの評価を3月に1回行い、厚生労働省に情報提供・活用等を行った場合	3円 (月額)
⑫ 褥瘡マネジメント加算（II）	上に加えて褥瘡リスクの高い利用者に多職種で計画策画を行い褥瘡が発生しなかった場合	13円 (月額)

※必要な評価等を実施し、事前に各サービス計画を策定しご説明します。

③ ご利用者の身体状態や病気等の状況などに対し、計画策定、実施などによりご利用者ごとに個別に加算されるサービス費（1割分を例示）

① 配置医師緊急対応加算	24時間体制で夜間等の対応した場合	早朝・夜間の場合	650円
		深夜の場合	1300円
② 看取り介護加算（Ⅰ）	看取り介護を実施した場合に算定	死亡日前31日～45日	72円
		死亡日前4日～30日	144円
		死亡日の前日・前々日	680円
		死 亡 日	1280円
③ 看取り介護加算（Ⅱ）	看取り介護を実施した場合に算定（施設内で死亡した場合）	死亡日前31日～45日	72円
		死亡日前4日～30日	144円
		死亡日の前日・前々日	780円
		死 亡 日	1580円
④ 経口移行加算	経管栄養の利用者に経口移行計画に従い医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士及び言語聴覚士又は看護職員が支援する場合		28円
⑤ 経口維持加算（Ⅰ）	摂食嚥下障害の入所者に医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等が食事の観察・会議・計画作成し医師・歯科医師の指示により管理栄養士等が栄養管理を行う場合		400円 (月額)
⑥ 経口維持加算（Ⅱ）	協力歯科医院を定め、食事の観察・会議等に外部医師、歯科医師、歯科衛生士・言語聴覚士が加わった場合（Ⅰ）に加えて算定		100円 (月額)
⑦ 療養食加算	医師の指示箋により療養食を提供した場合	6円 1日3回迄	
⑧ 口腔衛生管理加算（Ⅰ）	歯科医師等が、計画を作成し施設の介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月2回以上行っている場合		30円 (月額)
⑨ 口腔衛生管理加算（Ⅱ）	口腔衛生等の計画内容等を厚生労働省に提出・活用する場合		100円 (月額)
⑩ 若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めサービス提供を行った場合		120円
⑪ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症状が悪化し在宅生活が困難で緊急に施設入所が必要と医師が判断した利用者を受け入れた場合（入所日から7日間まで）		200円

※①～④は、事前に各サービス計画を策定し、ご説明します。

※⑤及び⑥⑦は医師の診療の結果等に基づいて、算定を行います。

④ 施設の人員配置などサービス提供体制やご入居者の状況などの規定により、一律に加算・減算されるサービス費（1割分を例示）

① 看護体制加算（I）	常勤の看護師 1名以上配置している場合	4 円
② 看護体制加算（II）	規定の看護職員数（5名）を配置し、24時間連絡体制を確保している場合	8 円
③ 夜勤職員配置加算（I）：30～50名	夜勤帯での介護職員、看護職員の数が、最低基準を1名以上上回っている場合。又は見守り支援機器等の活用などの要件を満たし、かつ基準を0.6名以上上回っている場合。	27 円
④ 夜勤職員配置加算（I）：50名以上		13 円
⑤ 夜間職員配置加算（III）：30～50名	夜勤帯での看護職員・たんの吸引等が実施できる介護職員が最低基準を1名以上上回っている場合	28 円
⑥ 夜間職員配置加算（III）：50名以上		16 円
⑦ サービス提供体制強化加算（I）イ	常勤の職員で介護福祉士が60%以上勤務している場合	18 円
⑧ サービス提供体制強化加算（I）ロ	常勤の職員で介護福祉士が50%以上勤務している場合	12 円
⑨ サービス提供体制強化加算（II）	常勤の職員が75%以上または3年以上勤続者が30%以上の場合	6 円
⑩ 日常生活継続支援加算Ⅰ	従来型施設で新規入居者の重度者等の比率の要件を満たし介護福祉士が一定数以上配置されている場合	36 円
⑪ 日常生活継続支援加算Ⅱ	ユニット型施設において、上記の条件をみたしている場合	46 円
⑫ 認知症専門ケア加算（I）	半分以上が重度の認知症で、専門研修の終了者を配置し、研修等を実施している場合	3 円
⑬ 認知症専門ケア加算（II）	（I）に加え、指導者研修修了者が、施設全体の指導、研修計画の作成実施を行う場合	4 円
⑭ 在宅復帰支援機能加算	居宅支援事業者や主治医との連携を図るなど在宅復帰支援を行い、一定割合以上の在宅復帰を実現している場合	10 円
⑮ 在宅・入所相互利用加算	複数の利用者が在宅期間及び入所期間（3ヶ月内）を定めて居室を計画的に利用する場合	40 円
⑯ 身体拘束廃止未実施減算	身体拘束廃止に関する記録、会議、研修等が未実施の場合に減算	10%

⑯ 安全管理体制未実施減算	事故の発生・再発防止の措置が講じられていない場合に減算	5 円 (日額)
---------------	-----------------------------	-------------

- 注 1) 各加算は、算定要件を満たしていない場合には算定しません
 注 2) ①及び②は同時に算定することがあります。
 注 3) ⑦⑧⑨及び⑩⑪は同時に算定することはできません。
 注 4) 算定要件により、各加算費用に算定状況が変更となります。
 注 5) 加算算定の要件が整い次第、算定を開始します。
 注 6) ユニット施設では、1日約 250 円の加算となります。
 注 7) 従来型施設では、1日約 200 円の加算となります。

⑤ 施設の介護職員の処遇改善にかかる加算比率

介護職員処遇改善加算 (I)	介護職員処遇改善計画の作成・周知・実施等、厚生労働省の定めるすべての要件を充たす場合	8.3%
介護職員処遇改善加算 (II)	介護職員処遇改善計画の作成・周知・実施等、厚生労働省が定める必要な要件を充たす場合	6.0%
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	介護職員等の処遇改善について、厚生労働省の定めるすべての要件を充たす場合	2.7%
介護職員等特定処遇改善加算 (II)	介護職員等の処遇改善について、厚生労働省が定める必要な要件を充たす場合	2.3%

※所定単位数（基本サービス費に各種加算・減産を加えた総単位数）に加算率を掛け合わせたものとなります。

⑥ 居住費、食事費用については、市町村民税世帯非課税者や生活保護を受けておられる場合には、負担額が軽減される制度があります。

【利用者負担区分と対象者】

負担区分	対象者		
第1段階	生活保護受給者		
第2段階	※	本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額 80 万以下	預貯金の合計が 650 万円 (夫婦で 1650 万円) 以下
第3段階 ①	市民税 非課税	本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額 80 万円超 120 万円以下	預貯金の合計が 550 万円 (夫婦で 1550 万円) 以下
		本人の年金収入額+その他の合計所得金額が年額 120 万超	預貯金の合計が 500 万円 (夫婦で 1500 万円) 以下
第4段階	上記以外の方		

※世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市町村民税非課税であること

【利用者負担区分別の食事費用及び居住費】

		負 担 限 度 額				基準 費用額
		第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階①	第 3 段階②	
食 事 費 用		300 円	390 円	650 円	1,360 円	1,445 円
居住費	従来型多床室	0 円	370 円	370 円	370 円	855 円
	従来型個室	320 円	420 円	820 円	820 円	1,171 円
	ユニット個室	820 円	820 円	1,310 円	1,310 円	2,006 円

※利用者負担区分の適用には申請手続きが必要となります。特別な場合を除いては、初回の申請手続きはご利用者及びご家族にお願いします。

※第2段階の方の高額介護サービス費は15,000円となりました。市町に必要な手続きをすることにより償還払いを受けることができます。

※上記の補足給付を受ける際には、世帯の収入(年金等を含む)と預貯金等の申告が必要になります。詳しくは、各市町の担当窓口に確認をお願いします。

(4) 利用料金のお支払い方法

- ① 前記(1)～(4)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、毎月の翌月 10 日頃までにご請求しますので、当月 20 日までにお支払い下さい。
- ② 1ヶ月に満たない場合は、利用日数に基づいて計算した金額となります。
- ③ 支払方法は、以下の方法によります。(原則、引き落としでお願いします。)

1. 金融機関口座からの自動引き落とし

[利用可能金融機関] 北国銀行 興能信用金庫 J A ゆうちょ銀行

※自動引き落としが適当でないなど、やむを得ない場合

2. 窓口での現金支払

3. 当法人指定口座への振り込み

※引落し・振込み等の手数料につきましてはご負担ください。

(5) 高額介護サービス費

【高額介護サービス費の負担限度額】※別途手続きの上、償還払いとなります。

区 分	負担上限(世帯)	負担上限(個人)
課税所得 690万円以上	140,100 円	—
課税所得 380万円以上 690万円未満	93,000 円	—
市町村民税課税～課税所得 380万円未満	44,400 円	—
市町村民税非課税世帯	24,600 円	—
前年所得・年金額が 80万以下	24,600 円	15,000 円
生活保護受給者	—	15,000 円

（5）入所中の医療の提供について

- ① 入所中の医療及び健康管理は、原則配置医師が担当します。
- ② 配置医師の判断及びご利用者等の希望を踏まえ、必要に応じて、当施設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。
- ③ 協力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。
- ④ 当施設協力医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。

【協力医療機関】

医療機関の名称	公立宇出津総合病院
所在地	鳳珠郡能登町字宇出津タ字 97 番地
電話番号	0768(62)1311

【協力歯科医療機関】

医療機関の名称	岡本歯科医院
所在地	鳳珠郡能登町字崎山 2 丁目 4 番地
電話番号	0768(62)3377

VI. 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終了の期日は特に定めず、継続してサービスを利用することができます。但し、以下の事項に該当する場合は契約を終了します。

- ① 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
- ② 施設の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ③ 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
- ④ ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下のとおり）
- ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下のとおり）

（1）ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間に、ご利用者から当施設からの退所を希望される場合には、退所を希望する日の 7 日前までに解約届け出書をご提出ください。

但し、以下の場合は、即時に契約を解約・解除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 ご利用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
- ⑥ 他の利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは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、当施設からの退所していただきます。

- ① ご利用者又はその家族等が、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 ご利用者又はその家族代表者等によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、14日の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 ご利用者又はその家族等が、故意又は重大な過失により施設又はサービス従事者、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り、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
 - ④ ご利用者が連續して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 ご利用者が他の介護保険施設等に入院または入所した場合
- ※④の事項による退所者が、再び施設での生活を希望される場合については、再入所（他の介護保険施設等を含む）等の必要な支援に協力を致します。（優先入所を確約するものではありません。）

（3）円滑な退所のための援助

ご利用者が退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況や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援助を可能な限り行います。（他施設等の入所を確約するものではありません。）

- 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

7. 家族代表者

ご利用者と施設との契約事項を適切に履行するために、以下のとおり、家族代表者を定めるとともに必要な連絡・調整・協議・手続等を行います。

- ① 家族代表者は、施設を利用する上でのご利用者（ご契約者）の責務を同等に負うものとし、ご利用者の生活が円滑に行えるように協力します。
- ② 家族代表者は、施設の利用をする上での窓口として、ご家族等の調整等を含め一切の責任を負います。
- ③ 家族代表者は、ご利用者の適切な意思決定を支援することを念頭に、施設サービスの提供に必要な相談・手続等に協力するとともに、医療機関等への入退院、退所後の手続等を適切に行います。
- ④ 社会通念上、家族代表者を立てることの出来ない相当上の理由がある場合はその限りでなく、入所契約を締結することができます。
- ⑤ ご利用者が退所する場合は、家族代表者に連絡のうえ、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、ご利用者又は家族代表者の方にご負担いただきます。

VIII. 事故発生時の対応について

- ① ご利用者の心身の状況等の要因から、通常の在宅生活等で起こりうる事態やそのリスクについて、ご利用者又は家族代表者の理解の上でサービスを提供します。（すべての事故等の防止をお約束するものではありません。）
- ② 当施設は、サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者の家族代表者又はご家族等、並びに行政等関係各機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ③ サービスの提供に伴い、当施設の責任に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。但し、ご利用者の側に過失がある場合には、損害賠償責任を減じることができますとともに、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。
- ④ 当施設では、上記の手続について、迅速且つ誠意をもって執り行うとともに事故の再発を防止するために必要な処置を講じます。
- ⑤ 当施設は、④について安全対策等に関する研修を受講した担当者を置くとともに、事故の発生及び再発防止に向けた体制を整備します。

IX. 守秘義務について

- ① 当施設及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供する上で知り得たご利用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ません。この守秘義務はサービス及び契約が終了した後も継続します。
- ② 当施設は、厚生労働省への必要な情報提出やご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③ その他、他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、事前の同意を文書により得た上で、ご利用者又は家族等の個人情報を用いることができるものとします。

X. 第三者評価の実施状況 (—有—・ 無)

(実施年月日) 年 月 日 (評価機関)

(評価結果)

XI. 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。

[苦情受付窓口] 介護支援専門員 酒谷 敦子
電話番号 0768(76)2002

(2) 行政機関その他苦情受け付け機関

能登町健康福祉課	所在地 石川県鳳珠郡能登町字宇出津ト字 50 番地 1 電話番号 0768(62)8517 受付時間 午前 9 時~午後 5 時(土・日曜日、祝日を除く)
国民健康保険団体 連合会	所在地 石川県金沢市幸町 12 番 1 号 電話番号 076(231)1110 FAX 076(231)1601 受付時間 午前 9 時~午後 5 時(土・日曜日、祝日を除く)

参考資料【1月（30日）分の窓口支払額の目安】

区分	負担割合	要介護度	ユニット個室	従来型個室	従来型4人室
2段階	1割	要介護1	64,500円	49,000円	48,000円
		要介護2	66,500円	51,000円	50,000円
		要介護3	69,000円	53,500円	52,500円
		要介護4	71,500円	56,000円	54,500円
		要介護5	73,000円	58,000円	56,500円
3段階 ①	1割	要介護1	87,000円	69,500円	55,500円
		要介護2	89,500円	72,000円	58,000円
		要介護3	91,500円	74,000円	60,000円
		要介護4	94,000円	76,500円	62,500円
		要介護5	96,000円	78,500円	65,000円
3段階 ②	1割	要介護1	109,000円	92,000円	78,500円
		要介護2	110,000円	94,000円	80,500円
		要介護3	113,000円	96,000円	83,000円
		要介護4	115,000円	98,000円	85,000円
		要介護5	118,000円	100,000円	86,500円
4段階	1割	要介護1	131,000円	102,000円	92,500円
		要介護2	133,500円	104,500円	95,000円
		要介護3	136,000円	106,500円	97,000円
		要介護4	138,000円	109,000円	99,500円
		要介護5	140,000円	111,500円	101,500円
	2割	要介護1	160,500円	137,000円	118,000円
		要介護2	165,000円	139,000円	122,000円
		要介護3	170,000円	142,000円	127,000円
		要介護4	174,500円	144,000円	131,500円
		要介護5	179,000円	146,000円	136,000円
	3割	要介護1	190,000円	172,000円	142,500円
		要介護2	197,000円	174,500円	149,500円
		要介護3	204,000円	177,000円	156,500円
		要介護4	211,000円	179,000円	163,500円
		要介護5	218,000円	181,500円	170,000円

※第4段階でユニット特別室をご利用の場合は9000円を加えてください。

【資料】自費一覧

令和6年4月1日現在

ご利用者の健康状況や好み等によりご使用される消耗品については、原則ご利用者でご準備ください。(ご準備できない理由がある場合は、自費または実費をご負担ください。)

消耗物品等		単位	金額	
生 活 用 品	ティッシュペーパー	1 箱	100 円	
	オブラー	1 箱	420 円	BOC オブラー
	乾電池 (单一)	1 個	200 円	
	乾電池 (单二)	1 個	150 円	
	乾電池 (单三)	1 個	50 円	
	乾電池 (单四)	1 個	50 円	
口腔 関連 用品	歯磨き粉	1 個	120 円	
	歯ブラシ	1 本	110 円	
	介助用歯ブラシ	1 個	320 円	エラック 541S
	口腔ウィッティボトル	100 枚	800 円	オーラル+口腔ケアウェッティ
	〃 (詰め替え用)	100 枚	640 円	
	口腔舌ブラシ	1 本	500 円	オーラル+やわらか舌ブラシ
	口腔スポンジブラシ	10 本	580 円	
	口腔洗浄液	1 本	950 円	うるおいマウスウォッシュ
	口腔保湿液	1 本	950 円	うるおいキープ
	口腔保湿ジェル	1 本	1,500 円	口腔ジェルバイオティーン
	入歯安定剤	1 本	1,100 円	新ポリグップ
	入歯洗浄剤	1 箱	950 円	ポリデント
医療 関係	吸引用カテーテル	1 箱	2,900 円	
	バルーンカテーテルパック	1 個	800 円	
	バルーンカテーテル留置	1 個	800 円	
	エンゼルセット	1 式	2,200 円	
	浴衣	1 式	1,800 円	
	入院セット	1 式	1,500 円	石鹼,シャンプー,箸,スプーン類,エプロン,コップ,防水マット
	洗濯業務 (入院時)	1 日	150 円	入所中の入院時に限ります。
才 ム ツ 類	平オムツ	1 袋	2,900 円	ライトエアリー
	リハビリパンツ	1 袋	1,700 円	メディアパンツ
	尿取りパッド (少量用)	1 袋	930 円	Rパッド 68
	〃 (多量用)	1 袋	1,200 円	ロングエアリー30
他	電気代 (1 台につき)	1 日	50 円	冷蔵庫を除き、入院中は徴取しません。
	テレビ代 (貸出)	1 日	50 円	

※冷蔵庫を除く外泊時の電気料金、入院日及び退院日当日の洗濯費用は徴収致しません。

令和 年 月 日

ユニット型指定介護老人福祉施設及び指定介護福祉施設における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。

社会福祉法人清祥会 清祥会 特別養護老人ホームこすもす

[説明者] 氏名 _____ 印 _____

[利用者]

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意します。

住 所 _____

氏名 _____ 印 _____

[署名代行人]

住 所 _____

氏名 _____ 印 _____

[家族代表者]

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意します。

住 所 _____

氏名 _____ 印 _____