

介護老人福祉施設
重要事項説明書
(特別養護老人ホーム)

様

社会福祉法人のじぎく福祉会
特別養護老人ホームこすもす園

1. 当事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人のじぎく福祉会
代表者氏名	理事長 栗原 英治
法人所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 6
F A X 番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 7
ホームページ	http://www.nojigiku.or.jp/
設立年月日	平成 2 年 1 2 月 2 8 日

2. 当事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	特別養護老人ホームこすもす園
指定事業所番号	2 8 7 2 2 0 0 2 0 5
事業所の所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 7 7 7 0
開設年月日	平成 3 年 4 月 2 6 日
管理者	鷺坂 達雄

(2) 施設の概要

建物の構造	鉄筋コンクリート造 地上 2 階建 延べ床面積 2307. 24 m ²
居室	多床室(四人部屋) 1 6 室、個室(一人部屋) 8 室
設備	食堂 機能訓練回復室
定員	5 0 名
交通機関	お車の場合 東播磨道医療センターランプすぐ バスの場合 県立加古川医療センターより徒歩 1 0 分

(3) 営業日時及び休日

営業日・営業時間	年中無休
相談窓口	月曜日から土曜日 8 時 3 0 分から 1 7 時 3 0 分 但し、1 2 月 3 0 日から 1 月 3 日を除く
連絡先	0 7 9 - 4 3 8 - 7 7 7 0
時間外の連絡	※宿直員により対応いたします。

(4) 協力病院及び協力歯科

順心病院	社会医療法人社団順心会 順心病院 兵庫県加古川市別府町別府 8 6 5 - 1 電話 (079) 437-3555 FAX (079) 437-6785
順心リハビリテーション病院	社会医療法人社団順心会 順心リハビリテーション病院 兵庫県加古川市神野町石守 1 6 3 2 - 1 電話 (079) 438-2200 FAX (079) 437-6085
船原歯科クリニック	医療法人社団早緑会 船原歯科クリニック 兵庫県加古川市加古川町南備後 22-1 電話 (079) 426-7620

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人のじぎく福祉会が設置経営するこすもす園の管理運営について必要な事項を定め施設の適正かつ円滑な運営を図ることを目的とする。
運営方針	施設サービス計画に基づき、可能な限り在宅における生活の復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事の介護、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、健康管理および療養上の介護を行うことにより、利用者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出来るようにすることを目指す。

4. 事業所の職員体制

職 種		職 務 内 容
管 理 者	常勤 1 名	事業所の管理・運営
生活相談員	常勤 1 名以上	利用者の入退所、生活相談及び援助 居宅介護支援事業者等の連絡調整
介護職員	常勤 2 1 名以上 非常勤 2 名以上	必要な介護を行い、日常生活の支援 を行います。
看護職員	常勤 2 名以上	健康状態の把握を行い、適切な医療 が受けられるように支援します。
機能訓練指導員	常勤 1 名以上	機能訓練の実施
介護支援専門員	常勤 1 名以上	個別の計画を立てて日常生活の支援 を行います。
栄養士	常勤 1 名以上	バランスの良い食事を提供し、栄養 状態の管理を行う。

5. 主なサービス内容及び手続きの説明

(1) 介護サービスご利用の前に

- 介護サービスご利用前には、必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。
また、介護保険被保険者証の内容が変わった場合にも必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。
ご提示の際、特に以下の点をご確認ください。

ご確認ください点	内 容
要介護状態区分等	要介護3から5の方が当施設をご利用になれます。 (要介護1、2の方は特例による入所となります) 自立(非該当)・要支援の方はご利用になれません。
認定の有効期間	ご利用期間が認定の有効期間内でない場合は保険証を使えません。

生活保護等の公的扶助または各種減額、軽減措置を受けられている場合は事前にお申し出ください。

また、各種減額証・減免証をお持ちの場合は、必ずサービスご利用前にご提示ください。

■介護サービス利用の個別計画

利用者担当の介護支援専門員(ケアマネージャー)が作成した施設介護計画(ケアプラン)に基づいて、利用者の状況に合った介護サービス案を作成いたします。その後、介護サービス開始前に利用者もしくは契約者に対して説明を行い、同意を得たうえで決定いたします。ご利用中の介護計画変更の際しても利用者もしくは契約者の同意を得て計画を変更いたします。

■日課・行事等

食事時間 … 朝食 7時 昼食 12時 夕食 18時

入浴 … 週2回以上

行事等 … 季節に合わせた行事や誕生日会、個別外出支援を行っています。

■金銭等の管理

利用者のお小遣い(5万円以下)や保険証等の預け入れが可能です。詳しくは、別に定める出納管理規程をご確認下さい。

■利用に関してのお願い

ご利用のみなさまが快適にお過ごしいただけますよう、ご協力をお願いします。

項目	内容
持ち込み物	日常生活上最低限必要なもの以外は、原則としてお持ち込みになれません。
ご来園可能時間	午前8時から午後8時です。ただし、感染症など諸事情でお断りする場合がございます。 ご来園の際は、来園簿の記入をお願いします。
外泊および外出	外泊をされる場合は、原則として2日前までに外泊届を提出してください。 外出の場合は、外出届を提出してください。
お食事	不要な方は、前日までにお申し出ください。
喫煙	こすもす園の敷地内は全て禁煙です。
その他のお願い	<ul style="list-style-type: none"> ●居室および共用施設、敷地をその本来の用途にしたがってご利用ください。 ●利用者が故意に設備を壊したり、汚したりされた場合は、契約者のご負担により現状復旧していただくか、相当の対価をお支払いいただく場合があります。 ●利用者に対するサービスの実施および安全衛生の管理上の必要があると認められる場合には、こすもす園職員が利用者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。（立入りの際には、利用者のプライバシーに十分配慮いたします） ●他の利用者や、こすもす園職員に対し迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動および営利活動などを行うことはできません。
保健衛生	<ul style="list-style-type: none"> ●入所時に、健康診断を受けて頂きます。 ●利用者の定期健診診断を、年一回以上行います。

（2）介護保険対象サービス

以下のサービスの金額は法定介護報酬額によります。詳しくは料金表をごらんください。

園内での介護	食事・入浴・排泄など日常生活に必要な介護や、生活相談援助をいたします。その他利用者の状況により必要なお手伝い、健康管理、レクリエーション・体操なども実施します。
--------	--

(3) サービスの終了について

<p>■この場合 契約は終了 します</p>	<p>①利用者が死亡された場合。 ②要介護認定により利用者が自立・要支援と判定された場合。 ③当園が解散、破産、またはやむをえない事由により閉鎖した場合。 ④当園の滅失や重大な毀損により、介護サービスの提供が不可能になった場合。 ⑤当園が介護保険の指定を取り消された場合。 ⑥当園が介護保険の指定を辞退した場合。 ⑦契約者が解約または契約解除の申し出をされた場合。 (希望日の7日前までにお申し出ください) ⑧当園が契約解除を申し出た場合。(1ヶ月前までに通知いたします)</p>
<p>■この場合 契約者は即時に契約を 解除すること ができます</p>	<p>①契約者が介護保険給付対象外サービスのご利用料金の変更に同意できない場合。 ②契約者が当園の運営規程の変更に同意できない場合。 ③利用者が入院された場合。 ④当園が正当な理由なく、契約に定めるサービスを実施しない場合。 ⑤当園が契約者の守秘義務に違反した場合。 ⑥当園が故意または重大な過失により利用者の身体・財物・信用等を傷つける行為をおこなった場合。 ⑦他の利用者又は来園者による利用者の身体・財物・信用等を傷つける行為の恐れがある場合において、当園が適切な対応をとらない場合。 ※上記理由により解約料の請求は一切いたしません。</p>
<p>■この場合 当園が契約 を解除いた します。</p>	<p>※以下の場合は、事業者より1ヶ月前に契約者に通知いたします。 ①利用者がその他の介護保険施設に入所した場合 ②利用者が3か月を超えて病院また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 ③利用者もしくは契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。 ④利用者もしくは契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項について、当園に偽りの情報をお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。 ⑤契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延した場合。 ⑥利用者もしくは契約者が故意または重大な過失により他の利用者または当園および当園職員等の身体・財物・信用等を傷つける行為をされた場合。 ⑦利用者もしくは契約者の行動により他の利用者または当園および当園職員等の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。 ⑧利用者が当園において重大な自傷行為をなさるおそれがある場合。</p>

6. サービス利用料及び利用者負担

(1) 介護保険対象サービス

※最終頁の料金表をご覧ください。

※法定受領代理サービスを利用できず償還払いとなる場合、一度利用料を全額自己負担して頂きます。併せてサービス提供証明書を発行いたします。

※要介護認定の結果、自立（非該当）と判定された場合には、利用料は全額自己負担となります

(2) 介護保険外サービス

以下のサービスは、介護保険の対象外です。実費をいただきます。

項目	金額	項目	金額
朝食 第4段階 (1日あたり)★	415円	朝食 第1～3段階 (1日あたり)★	395円
昼食 第4段階 (1日あたり)★	630円	昼食 第1～3段階 (1日あたり)★	525円
夕食 第4段階 (1日あたり)★	630円	夕食 第1～3段階 (1日あたり)★	525円
居住費 第4段階 (1日あたり)★	996円	居住費 第1～3段階 (1日あたり)★	915円
喫茶(1杯)	120円	出納管理委託契約B	2,000円

●★印の金額については、料金表をごらんください。

＜介護保険負担限度額認定証をお持ちの方へ＞

1日あたりの負担限度額は、介護保険負担限度額認定証に記載されていますのでご確認ください。(第1～3段階の利用者)

●おむつ代は介護保険対象のサービス金額に含まれております。

※料金の変更の際には、変更の1ヶ月前までに文書にてお知らせいたします。

■利用料金の支払い

利用料金は利用月末締で1か月単位の支払いです。利用翌月に、前月利用分の請求書を発行します。なお、支払いは利用の翌月20日までに下記のいずれかの方法でお願いいたします。

原則として自動振替（但陽信用金庫）でのお支払いをお願いしております。

支払い方法	概要
たんよう自動振替サービス	契約者の但陽信用金庫口座より利用料金を引き落とします (別途手続きが必要です)
窓口(現金)支払い	平日午前9時から午後5時まで受付いたしております。
指定口座への振込み	振込先 但陽信用金庫 北野支店 普通預金 5096645 特別養護老人ホームこすもす園 施設長 鷺坂達雄 (振込手数料は契約者負担)

7. 苦情相談窓口

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の受付担当者または第三者委員が受け付けます。

<受付担当者> 久保田安子 ・ 吉本慶子
<受付日時> 月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
<電話番号> 079-438-7770 (代表)
079-438-7686 (FAX)

<第三者委員> 宗行 正明 電話(080)3137-5529
中村 昌由 電話(090)7762-9350

<苦情解決責任者> 鷺坂 達雄 (こすもす園施設長)

※ 第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

※ 苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 公的機関における苦情受付窓口

以下のところでも苦情の受付をいたしております。

<加古川市介護保険課>

電話：079-427-9220 住所：加古川市加古川町北在家 2000

日時：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分まで受付

<国民健康保険団体連合会>

電話：078-332-5617 住所：神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801

日時：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分まで受付

<兵庫県運営適正化委員会>

電話：078-242-6868 住所：神戸市中央区坂口通 2-1-1

兵庫県福祉センター内

日時：月曜日～金曜日 午前10時～午後4時まで受付

<兵庫県加古川健康福祉事務所監査指導課>

電話：079-421-9296 住所：加古川市加古川町寺家町天神木 97-1

加古川総合庁舎 3階

日時：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分まで受付

8. 入院期間中の対応について

期間	対応内容
3ヶ月以内の退院の場合	退院後、当園にご入所いただけます。 (一定期間、短期入所生活介護のベットを利用させていただく場合があります)

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合	<p>契約を解除する場合があります。 (退院後は、再入所していただけるように援助いたします)</p>
-------------------	---

9. 円滑な退所のための援助

利用者が当園を退所する場合には、利用者のご希望により、事業者は利用者の心身の状況、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援助を行います。

- 病院または診療所、介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者、その他保健医療または福祉サービス提供者の紹介

10. 残置物について

事業者は、契約者が残置物を速やかに引き取らない場合には、自己の費用で契約者の残置物を処分できるものとします。

また、その費用については、契約者からの預り金等事業者の管理下にある金銭がある場合には、その金銭と相殺できるものとします。

11. プライバシー（個人情報）の保護

当事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などの利用者へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、利用者の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ契約者および利用者に説明し同意書に署名捺印をいただきます。

12. 家族等への連絡

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へも行います。

13. 記録の保管

サービス終了後、5年間は記録を保管しています。記録の閲覧、写しの交付は本人及び家族に限ります。

14. 身体拘束について

当該利用者、または他の利用者等の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。

やむを得ず行う場合は、契約者に説明し同意を得ます。またその実施状況を記録します。

15. 事故・緊急発生時の対応

(1) 事故が発生した場合

事故が発生した場合には、契約者や家族に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

(2) 緊急時の対応について

利用者に対して緊急を要する場合、主治医等へ速やかに連絡し、緊急マニュアルにしたがい、適切かつ迅速な措置を講じます。

16. 非常災害時について

別紙に定める非常災害対策計画のとおりとします。(窓口を設置)

17. 損害賠償について

●当事業所の責任によって契約者又は利用者に損害を生じさせた場合、当事業所は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、契約者又は利用者側の故意または過失が認められる場合において、利用者の心身状況を考慮したうえで、当事業所の損害賠償の責任を減じる場合があります。

●当事業所の責任による理由がない限り損害賠償の責任を負いません。

とりわけ、以下の場合は、当園は損害賠償責任を免れます。

- ① 契約者が契約の際、または当園が利用者の状況についておたずねした際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。
- ② 契約者が契約の際に、または当園が利用者の状況についておたずねした際心身の状況および病歴等の重要事項を当園に偽ってお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。
- ③ 利用者の急激な体調の変化など、当園が実施したサービスに起因しない事由により損害が発生した場合。
- ④ 契約者および利用者が当園および当園職員の指示等に反して行った行為により損害が発生した場合。

当事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
加入保険名	しせつの損害補償

内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所までご連絡ください。

18. 従業者の禁止行為

サービス提供契約の実施以外の営利行為や宗教勧誘は行いません。

19. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、契約者に書面にて通知し、同意を得るものとします。

介護老人福祉施設料金表

令和6年8月1日現在

＜ご利用料金1日あたり 負担限度額認定証をお持ちでない方＞

単位 円

内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	5,972	6,682	7,422	8,132	8,831
②介護保険から給付される金額	5,374	6,013	6,679	7,318	7,947
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	598	669	743	814	884
④居住費・光熱水費	996	996	996	996	996
⑤食費	1,675	1,675	1,675	1,675	1,675
⑥自己負担額合計(③+④+⑤)	3,269	3,340	3,414	3,485	3,555

＜ご利用料金1日あたり 利用者負担第1段階 食費の負担限度額が300円の方＞

単位 円

内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	5,972	6,682	7,422	8,132	8,831
②介護保険から給付される金額	5,374	6,013	6,679	7,318	7,947
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	598	669	743	814	884
④居住費・光熱水費	なし	なし	なし	なし	なし
⑤食費	300	300	300	300	300
⑥自己負担額合計(③+④+⑤)	898	969	1,043	1,114	1,184

＜ご利用料金1日あたり 利用者負担第2段階 食費の負担限度額が390円の方＞

単位 円

内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	5,972	6,682	7,422	8,132	8,831
②介護保険から給付される金額	5,374	6,013	6,679	7,318	7,947
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	598	669	743	814	884
④居住費・光熱水費	430	430	430	430	430
⑤食費	390	390	390	390	390
⑥自己負担額合計(③+④+⑤)	1,418	1,489	1,563	1,634	1,704

＜ご利用料金1日あたり 利用者負担第3段階① 食費の負担限度額が650円の方＞

単位 円

内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	5,972	6,682	7,422	8,132	8,831
②介護保険から給付される金額	5,374	6,013	6,679	7,318	7,947
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	598	669	743	814	884
④居住費・光熱水費	430	430	430	430	430
⑤食費	650	650	650	650	650
⑥自己負担額合計(③+④+⑤)	1,678	1,749	1,823	1,894	1,964

＜ご利用料金1日あたり 利用者負担第3段階② 食費の負担限度額が1360円の方＞

単位 円

内容	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
①サービス利用料金	5,972	6,682	7,422	8,132	8,831
②介護保険から給付される金額	5,374	6,013	6,679	7,318	7,947
③サービス利用に係る自己負担額(①-②)	598	669	743	814	884
④居住費・光熱水費	430	430	430	430	430
⑤食費	1,360	1,360	1,360	1,360	1,360
⑥自己負担額合計(③+④+⑤)	2,388	2,459	2,533	2,604	2,674

※利用者負担金が1割の場合です。また、端数処理により、実際の請求額と異なることがあります。

その他、各種費用の詳細については、職員におたずねください。

<その他の費用>

単位 円

当園の体制や利用者様の状況等により、下記の費用を算定させていただく場合がございます。

内容		①サービス利用 料金	②介護保険から 給付される金額	③サービス利用 に係る自己負担 額 (①-②)
日常生活継続支援加算	1日あたり	365	328	37
看護体制加算Ⅰ	1日あたり	60	54	6
看護体制加算Ⅱ	1日あたり	131	117	14
夜勤職員配置加算Ⅰ	1日あたり	223	200	23
夜勤職員配置加算Ⅲ	1日あたり	283	254	29
生活機能向上連携加算Ⅰ	1月あたり	1,014	912	102
生活機能向上連携加算Ⅱ	1月あたり	2,028	1,825	203
個別機能訓練加算Ⅰ	1日あたり	121	108	13
個別機能訓練加算Ⅱ	1月あたり	202	181	21
個別機能訓練加算Ⅲ	1月あたり	202	181	21
A D L維持等加算Ⅰ	1月あたり	304	273	31
A D L維持等加算Ⅱ	1月あたり	608	547	61
若年性認知症入所者受入加算	1日あたり	1,216	1,094	122
精神科医療養指導加算	1日あたり	50	45	5
外泊時費用	1日あたり	2,494	2,244	250
外泊時在宅サービル利用費用	1日あたり	5,678	5,110	568
初期加算	1日あたり	304	273	31
退所時栄養情報連携加算	1回あたり	709	638	71
再入所時栄養連携加算	1回あたり	2,028	1,825	203
退所前後訪問相談援助加算	1回あたり	4,664	4,197	467
退所時相談援助加算	1回あたり	4,056	3,650	406
退所前連携加算	1回あたり	5,070	4,563	507
退所時情報提供加算	1回あたり	2,535	2,281	254
協力医療機関連携加算 (常時入院受入確保体制)	1月あたり	(令和6年度)	912	102
		(令和7年度以降)	456	51
協力医療機関連携加算 (上記以外の連携確保)	1月あたり	50	45	5
栄養マネジメント強化加算	1日あたり	111	99	12
経口移行加算	1日あたり	283	254	29
経口維持加算Ⅰ	1月あたり	4,056	3,650	406
経口維持加算Ⅱ	1月あたり	1,014	912	102
口腔衛生管理加算Ⅰ	1月あたり	912	820	92
口腔衛生管理加算Ⅱ	1月あたり	1,115	1,003	112
療養食加算	1回あたり	60	54	6
特別通院送迎加算	1月あたり	6,023	5,420	603
配置医師緊急時対応加算 勤務時間外	1回あたり	3,295	2,965	330
配置医師緊急時対応加算 早朝夜間	1回あたり	6,591	5,931	660
	深夜	1回あたり	13,182	11,863

<その他の費用>

単位 円

当園の体制や利用者様の状況等により、下記の費用を算定させていただく場合がございます。

内容		①サービス利用 料金	②介護保険から 給付される金額	③サービス利用 に係る自己負担 額 (①-②)
看取り介護加算Ⅰ(1)	1日あたり	730	657	73
看取り介護加算Ⅰ(2)	1日あたり	1,460	1,314	146
看取り介護加算Ⅰ(3)	1日あたり	6,895	6,205	690
看取り介護加算Ⅰ(4)	1日あたり	12,979	11,681	1,298
看取り介護加算Ⅱ(1)	1日あたり	730	657	73
看取り介護加算Ⅱ(2)	1日あたり	1,460	1,314	146
看取り介護加算Ⅱ(3)	1日あたり	7,909	7,118	791
看取り介護加算Ⅱ(4)	1日あたり	16,021	14,418	1,603
在宅復帰支援機能加算	1日あたり	101	90	11
在宅・入所相互利用加算	1日あたり	405	364	41
認知症専門ケア加算Ⅰ	1日あたり	30	27	3
認知症専門ケア加算Ⅱ	1日あたり	40	36	4
認知症チームケア推進加算Ⅰ	1月あたり	1,521	1,368	153
認知症チームケア推進加算Ⅱ	1月あたり	1,216	1,094	122
認知症行動心理症状緊急対応加算	1日あたり	2,028	1,825	203
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	1月あたり	30	27	3
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	1月あたり	131	117	14
排せつ支援加算Ⅰ	1月あたり	101	90	11
排せつ支援加算Ⅱ	1月あたり	152	136	16
排せつ支援加算Ⅲ	1月あたり	202	181	21
自立支援促進加算	1月あたり	2,839	2,555	284
科学的介護推進体制加算Ⅰ	1月あたり	405	364	41
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1月あたり	507	456	51
安全対策体制加算	1回あたり	202	181	21
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	1月あたり	101	90	11
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	1月あたり	50	45	5
新興感染症等施設療養費(連続5日まで)	1回あたり	2,433	2,189	244
生産性向上推進体制加算Ⅰ	1月あたり	1,014	912	102
生産性向上推進体制加算Ⅱ	1月あたり	101	90	11
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日あたり	223	200	23
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1日あたり	182	163	19
サービス提供体制強化加算Ⅲ	1日あたり	60	54	6
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	1月あたり	所定単位数の1000分の140×10.14×1割		
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	1月あたり	所定単位数の1000分の136×10.14×1割		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	1月あたり	所定単位数の1000分の113×10.14×1割		
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	1月あたり	所定単位数の1000分の90×10.14×1割		

●その他費用のご案内●

日常生活継続支援加算	要介護度の高い高齢者(認知症高齢者等)が一定割合以上入所され、介護福祉士を一定割合以上配置した場合に算定します。
看護体制加算Ⅰ	常勤の看護師を1名以上配置した場合に算定します。
看護体制加算Ⅱ	看護職員を基準以上配置した場合に算定します。
夜勤職員配置加算Ⅰ	夜勤職員を基準以上配置した場合に算定します。
夜勤職員配置加算Ⅲ	夜勤職員配置加算Ⅰの要件を満たし、夜間において看護職員等を配置した場合に算定します。
生活機能向上連携加算Ⅰ 生活機能向上連携加算Ⅱ	外部リハビリテーション専門職と連携して、機能訓練のマネジメントを行った場合に算定します。
個別機能訓練加算	機能訓練指導員(理学療法士や看護師など)による個別の機能訓練を行った場合に算定します。
ADL維持加算	日常生活動作の訓練等により自立支援、重度化防止に向けた取り組みを実施し、一定割合以上の利用者が身体機能の維持が評価された場合に算定します。
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者を受け入れ、ご本人やその家族の希望の介護サービスを提供した場合に算定します。
精神科医療養指導加算	精神科医師による月2回以上の療養指導が行なわれている場合に算定します。
外泊時費用	外泊および入院等で外出した翌日から算定します。(1ヶ月に最大6日間)
外泊時在宅サービス利用費用	入所者に対し、外泊を認め、外泊中に当園職員により介護サービスが実施された場合に算定します。
初期加算	入所後30日間算定します。
退所時栄養情報連携加算	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の栄養管理に関する情報を管理栄養士が退所先の医療機関等に提供した場合に算定します。
再入所時栄養連携加算	医療機関に入院し、退院時に厚生労働大臣が定める特別食等を提供した場合に算定します。
退所前後訪問相談援助加算	在宅復帰などの際、退所に先立って、入所者の退所後の居宅を訪問して退所後のサービス等について、相談援助を行った場合に算定します。
退所時相談援助加算	在宅復帰などの際、退所時に、居宅サービス等の相談援助を行い、かつ必要な情報を提供した場合に算定します。
退所前連携加算	在宅復帰などの際、退所に先立って、居宅サービス等の利用に必要な調整を居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携して行った場合に算定します。
退所時情報提供加算	医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関に対して入所者を紹介する際、入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に算定します。
協力医療機関連携加算 (常時入院受入確保体制)	相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合に算定します。
協力医療機関連携加算 (上記以外の連携確保)	上記以外の協力医療機関と連携している場合に算定します。
栄養マネジメント強化加算	管理栄養士による栄養管理が実施された場合に算定します。
経口移行加算	経管による栄養摂取(胃ろう等)をされている方で、経口摂取するため医師の指示に基づく栄養管理を行ない、実際に経口移行への取り組みをした場合に算定します。
経口維持加算Ⅰ	著しい誤嚥があり、経口摂取を維持する為に、医師の指示に基づく栄養管理を行い、経口摂取維持への取り組みを実施した場合に算定します。
経口維持加算Ⅱ	経口維持加算Ⅰを算定している場合に、食事の観察及び会議等に外部の医師又は歯科医師が加わった場合に算定します。

口腔衛生管理加算	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士により、入所者の口腔衛生の管理を行った場合に算定します。
療養食加算	医師の指示(食事箋)に基づく腎臓病食や糖尿食等の治療食の提供が行なわれた場合に算定します。
特別通院送迎加算	透析が必要な入所者で、送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して1ヶ月に12回以上送迎を行った場合に算定します。
配置医師緊急時対応加算	医師が早朝・夜間又は深夜又は医師の通常の勤務時間外に診察を行った場合に算定します。
看取り介護加算Ⅰ	看取りの支援を行った場合に算定します。
加算1	死亡日以前31日以上45日以下
加算2	死亡日以前4日以上30日以下
加算3	死亡日以前2日または3日
加算4	死亡日
看取り介護加算Ⅱ	看護体制加算Ⅱ要件を満たし、医療提供体制を整備し、看取りの支援を行った場合に算定します。
加算1	死亡日以前31日以上45日以下
加算2	死亡日以前4日以上30日以下
加算3	死亡日以前2日または3日
加算4	死亡日
在宅復帰支援機能加算	在宅復帰支援を行い、一定割合以上の在宅復帰を実現した場合に算定します。
在宅・入所相互利用加算	在宅生活を継続するために、複数の利用者が在宅期間及び入所期間(3ヶ月を限度)を定めて、同一の個室を計画的に利用する場合に算定します。
認知症専門ケア加算Ⅰ	認知症の利用者が一定割合以上で、認知症介護に係る専門的な研修を修了した職員を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
認知症専門ケア加算Ⅱ	認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している職員を配置し、認知症ケアの指導等を行い、職員ごとの研修計画書を作成した場合に算定します。
認知症チームケア推進加算Ⅰ	対象となる入所者が2分の1以上で、必要な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認知症の行動・心理状況に対するチームを組み認知症ケアを行った場合に算定します。
認知症チームケア推進加算Ⅱ	
認知症行動心理症状緊急対応加算	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると判断した者に対し、指定介護老人福祉施設サービスを行った場合に算定します。
褥瘡マネジメント加算	褥瘡ケア計画により褥瘡管理を行った場合に算定します。
排せつ支援加算	入所者ごとに排泄に係る支援計画を立て、その計画に基づく支援を行った場合に算定します。
自立支援促進加算	配置医師による医学的評価を実施し、入所者ごとの自立支援にかかる計画を多職種共同で作成し、その計画に基づく支援を行った場合に算定します。
科学的介護推進体制加算	厚生労働省へ入所者に係る情報を提出してフィードバックを受け、それに基づきケアプラン等への反映を行い、支援を実施した場合に算定します。
安全対策体制加算	一定の安全対策に係る体制を整備している場合、入所日初日に限り算定します。

高齢者施設等感染対策 向上加算Ⅰ	医療機関との間に新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保しつつ、 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、発生時 に連携し適切に対応する場合に算定します。
高齢者施設等感染対策 向上加算Ⅱ	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に算定します。
新興感染症等施設療養費 (連続5日まで)	入所者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 染対策を行ったうえ介護サービスを提供した場合に算定します。
生産性向上推進体制加算Ⅰ	Ⅱの要件を満たし、業務改善の取組による成果が確認され、また職員間の 適切な役割分担の取組等を行っている場合に算定します。
生産性向上推進体制加算Ⅱ	見守り機器等を導入し利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び 委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、改善活動を継続的に行った 場合に算定します。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	一定割合以上の介護福祉士又は一定割合以上の勤続年数のある職員を配 置した場合に算定します。
サービス提供体制強化加算Ⅱ	
サービス提供体制強化加算Ⅲ	
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実 施しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設が、 入所者に対し、指定介護老人福祉施設サービスを行った場合に算定しま す。
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	

■説明のご確認

説明日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明場所 _____

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際し、この書面にに基づき、この重要事項説明書に記載する事項の説明を行いました。

事業者 特別養護老人ホームこすもす園 施設長 鷺坂 達雄 印

説明者 職名 氏名 印

私（契約者）は利用者に代わって、この書面にに基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの開始に同意しました。

契約者 住所
氏名 印

利用者 住所
氏名 印

連帯保証人 住所
氏名 印

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私 _____ および代理人 _____ は、社会福祉法人のじぎく福祉会特別養護老人ホームこすもす園が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の範囲内での使用、提供、および収集することに同意します。

1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準ずる。

2 個人情報の内容

住所、氏名、性別、生年月日、年齢、電話番号、職業、年収、資産（住居）
社会保険関係情報（要介護度、年金、保険種別、記号、番号、有効期限、記載情報）
病歴情報（体重、血液型、バイタル情報、感染症の有無、病名、既往歴、投薬情報）
生活情報（婚姻歴、家族、親族、資産、宗教、食事形態、嗜好品、趣味）
各種サービス利用情報（介護保険サービス関係、その他のサービス）
取引金融機関、人物が特定可能な写真
家族・親族・保証人の住所・氏名・性別・生年月日、年齢、電話番号、続柄、勤務先、職業

3 利用先

当施設の事業所、各種福祉・医療機関、行政関係、認定評価機関、委託先事業者、各種取引業者、善意の報道関係、当法人機関紙、事業所広報誌、家族・親族、実習生、ボランティア

4 利用目的

- (1) 事業所が提供する、介護・福祉サービスのため
- (2) 各種サービス利用上の情報提供と正当な問い合わせ
- (3) 行政機関からの正当な問い合わせ
- (4) 法令上の監査、自主的な評価監査上の必要性のため
- (5) 家族・親族（限定する場合は別記記載）からの問い合わせ
- (6) 本人からの開示請求

5 利用条件

- ・ 家族の限定の有無 有 ・ 無 有の場合（ ）
- ・ その他条件 （ ）

6 その他

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

令和 年 月 日

本人（利用者）住 所 _____

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄（利用者との関係） _____