「指定介護老人福祉施設」重要事項説明書

特別養護老人ホームコーポ上口

当施設は介護保険の指定を受けています。
（介護保険事業者番号　3270190030）

当施設はご利用者に対して指定介護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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入所は可能です。

◇◆目次◆◇

１．施設経営法人
２．ご利用施設
３．居室の概要
４．職員の配置状況
５．当施設が提供するサービスと利用料金
６．医療の提供について
７．施設を退所していただく場合
８．緊急時の対応について
９．苦情の受付について
１０．事故発生時の対応
１１．非常災害時の対応
１２．身体拘束の防止
１３．高齢者虐待の防止
１４．文書開示請求について
１５．個人情報保護について

１．施設経営法人

（１）法人名　　社会福祉法人　上口福祉会
（２）法人所在地　　島根県松江市古志原６丁目８番１０号
（３）電話番号　　０８５２－２１－６３６５
（４）代表者氏名　　理事長　三浦　秀範
（５）設立年月日　　昭和５７年６月１９日

２．ご利用施設

（１）施設の種類　　指定介護老人福祉施設・平成１２年４月１日指定
介護保険事業者番号 3270190030

（２）施設の目的　　この施設は、介護保険法の理念に基づきご利用者が自立した日常生活を営めるようにするために必要な適正なサービスを提供し、ご利用者の心身機能の維持並びにご利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

（３）運営方針　　この施設は、ご利用者の心身並びに家庭環境等の特性を踏まえ、可能な限りその有する能力に応じ自立した生活ができるよう、入所から在宅復帰にいたるまでの継続的サービスの実施と、必要な日常生活上の支援及び機能訓練等の適正なサービスを提供します。

事業の実施に当たっては、関係市町村・保健医療・福祉の各種事業所と連携のもと、適切な総合的サービスの提供に努めます。

（４）　施設の名称　　特別養護老人ホームコーポ上口
（５）　施設の所在地　　島根県松江市古志原６丁目８番１０号
（６）　電話番号　　０８５２－２１－６３６５
（７）　施設長（管理者）氏名　　後藤　真喜子
（８）　開設年月　　昭和５７年　６月１９日
（９）　入所定員　　５０人
（10）併設事業

［短期入所生活介護］　　平成１２年４月１日指定
介護保険事業者番号　3270190030

［介護予防短期入所生活介護］平成１８年４月１日指定
介護保険事業者番号　3270190030

定員　併設：７名
空床　特養の空床（入院など）利用

３．居室の概要

定　　員		５０名	静養室	１室
居室	４人部屋	１２室　（１室３５．０㎡）	医務室	１室
	個室	２室　（１室１０．０㎡）	食堂	１室
		４室　（１室　８．３㎡）	機能訓練室	１室
		１室　（１室　９．２㎡）	談話室	１室
浴　　室		一般浴槽と特殊浴槽		

４．職員の配置状況

当施設では、ご利用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　　種	常　勤	非常勤	職　務　内　容
１．施設長（管理者）	兼務		施設を代表し、従業者及び業務の管理を一元的に総括する。
２．医師		１名	ご利用者の健康の状況に注意し、健康保持のための適切な措置を講じる。
３．生活相談員	１名以上		ご利用者の心身の状況及びその置かれる環境を把握し、ご利用者に関する相談に応じ適切な助言を行う。
４．介護支援専門員	兼務		介護計画を作成し、計画に基づく介護を提供する。
５．看護職員	３名以上		介護計画に基づく看護を提供する。
６．機能訓練指導員	１名以上		施設サービス計画に基づき、ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。
７．介護職員	１５名以上	若干名	介護計画に基づく介護を提供する。
８．栄養士	１名以上		ご利用者の栄養管理業務、食品の衛生管理業務を行う。
９．歯科衛生士	１名以上		ご利用者の口腔機能の維持管理を行う。
１０．事務員	若干名		必要な事務業務を行う。

上記職員の配置については、指定基準を遵守しています。

＜主な職種の勤務体制＞

職　　種	勤　務　体　制　（標準的な勤務時間帯）
１．医　　師	毎週月曜日　１４：００～１６：００　１名
２．生活相談員	日勤　８：３０～１７：３０　１名
３．介護支援専門員	日勤　８：３０～１７：３０　兼務 日勤　９：００～１８：００　兼務
４．介護職員	早番　７：００～１６：００　４名 遅番　１０：００～１９：００　４名 夜勤　１８：３０～　８：３０　２名
５．看護職員	早番　７：１５～１６：１５　１名 日勤　８：３０～１７：３０　１名 遅番　９：３０～１８：３０　１名
６．機能訓練指導員（看護職員又は介護職員）	看護職員又は介護職員の勤務体制　１名
７．栄養士	早番　６：００～１５：００ 遅番　１０：００～１９：００　１名
８．歯科衛生士	日勤　８：３０～１７：３０　兼務

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

以下のサービスについては、利用料金の９割または８割または７割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

①栄養管理

・栄養士がご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮して献立をたて、栄養管理等を行います。

・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて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～　　昼食：１２：００～　　夕食：１８：００～

②入浴

・入浴又は清拭を週２回行ないます。希望のお方は随時入浴可能です。

・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。

③排泄

・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④褥瘡

・褥瘡の予防のための体制を整備するとともに、介護職員等が褥瘡に関する基礎的知識を有し、日常的なケアにおいて配慮することにより、褥瘡発生の予防効果を向上させます。

⑤機能訓練

・機能訓練指導員により、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また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。

⑦その他自立への支援

・寝たきり防止のため、できる限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。（体調を配慮します）

・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜施設利用料金＞

①ご利用者の要介護度、負担割合に応じた介護福祉施設サービス費（各種加算含む）と食費（食材料費・調理にかかる費用）及び居住費（光熱水費相当）の合計金額をお支払いください。

なお、旧措置入所のご利用者は、料金の一部が軽減・優遇されます。

②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、ご利用者の負担額を変更します。

介護福祉施設サービス費　　（１日あたり）

ご利用者の要介護度	要介護度１			要介護度２		
介護保険負担割合	１割	２割	３割	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	5,730 円			6,410 円		
２．うち、介護保険から給付される金額	5,157 円	4,584 円	4,011 円	5,769 円	5,128 円	4,487 円
３.自己負担額（１－２）	573 円	1,146 円	1,719 円	641 円	1,282 円	1,923 円

要介護度３			要介護度４			要介護度５		
１割	２割	３割	１割	２割	３割	１割	２割	３割
7,120 円			7,800 円			8,470 円		
6,408 円	5,696 円	4,984 円	7,020 円	6,240 円	5,460 円	7,623 円	6,776 円	5,929 円
712 円	1,424 円	2,136 円	780 円	1,560 円	2,340 円	847 円	1,694 円	2,541 円

＜その他加算される料金＞

日常生活継続支援加算

要介護４、５のご利用者の占める割合が７０％以上、または認知症であるご利用者の占める割合が６５％以上、または特定行為(口腔内の喀痰吸引など)を必要とするご利用者の割合が１５％以上であること、かつ介護福祉士の数が基準を満たして配置されている場合日常生活継続支援加算をお支払いただきます。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	３６０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	３２４円	２８８円	２５２円
３．自己負担額	３６円	７２円	１０８円

看護体制加算

常勤の看護職員が１名以上配置されていて、置くべき看護職員の数に１を加えた数以上である場合看護体制加算をお支払いいただきます。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１９０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１７１円	１５２円	１３３円
３．自己負担額	１９円	３８円	５７円

夜勤職員配置加算

夜勤時間帯に勤務する介護職員または看護職員の数が、最低基準を１以上上回っている場合、看護職員を配置していること又は喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合に夜勤職員配置加算をお支払いただきます。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	２８０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	２５２円	２２４円	１９６円
３．自己負担額	２８円	５６円	８４円

褥瘡マネジメント加算Ⅰ

イ　入所者様ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも３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、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。

（ＣＨＡＳＥへのデータ提出とフィードバックの活用）

ロ　イの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。

ハ　入所者等ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施するとともに、その管理の内容や入所者等の状態について定期的に記録していること。

二　イの評価に基づき、少なくとも３月に１回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。

（１月あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	３０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	２７円	２４円	２１円
３．自己負担額	３円	６円	９円

褥瘡マネジメント加算Ⅱ

加算Ⅰの要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等について、褥瘡の発生のないこと。

（１月あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１３０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１１７円	１０４円	９１円
３．自己負担額	１３円	２６円	３９円

介護職員処遇改善加算

介護職員の賃金の改善を行うため、要件を満たし県知事に届け出をし、サービスを行った場合に、介護福祉施設サービス費と各種加算の合計金額の８．３％を加算します。

介護職員等特定処遇改善加算

介護職員処遇改善加算に加えて介護職員のさらなる処遇改善を行うため、要件を満たし県知事に届け出をし、サービスを行った場合に、介護福祉施設サービス費と各種加算の合計金額の２．７％を加算します。

初期加算

入所した日から起算して３０日以内の期間について初期加算をお支払いいただきます。
また、３０日を超える病院への入院後、再入所した場合も同様とします。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	３００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	２７０円	２４０円	２１０円
３．自己負担額	３０円	６０円	９０円

療養食加算

食事として療養食（糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食）の提供を受けた場合は、下記の療養食加算をお支払いただきます。

（１食あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	６０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	５４円	４８円	４２円
３．自己負担額	６円	１２円	１８円

入院・外泊加算

ご利用者が、６日以内の入院又は外泊をされた場合には、下記の自己負担額のほかに居住費をお支払い下さい。　ただし、月を跨ぐ場合には１２日が算定されます。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	２，４６０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	２，２１４円	１，９６８円	１，７２２円
３．自己負担額	２４６円	４９２円	７３８円

ただし、入院・外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、入院・外泊扱いにはなりません。

看取り介護加算

ご利用者について、看取り介護を行った場合にあっては、下記の看取り介護加算をお支払いただきます。

・死亡日以前３１日以上４５日以下　（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	７２０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	６４８円	５７６円	５０４円
３．自己負担額	７２円	１４４円	２１６円

・死亡日以前４日以上３０日以下　（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１，４４０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１，２９６円	１，１５２円	１，００８円
３．自己負担額	１４４円	２８８円	４３２円

・死亡日の前日及び前々日　（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	６，８００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	６，１２０円	５，４４０円	４，７６０円
３．自己負担額	６８０円	１，３６０円	２，０４０円

・死亡日　（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１２，８００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１１，５２０円	１０，２４０円	８，９６０円
３．自己負担額	１，２８０円	２，５６０円	３，８４０円

個別機能訓練加算

専ら機能訓練指導員の職務に従事する看護職員を配置して、ご利用者の個別機能訓練の目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し、これに基づいて行った個別機能訓練の効果、実施方法等について評価等を行った場合には、下記の機能訓練加算をお支払いいただきます。

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１２０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１０８円	９６円	８４円
３．自己負担額	１２円	２４円	３６円

栄養マネジメント強化加算

・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、
医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週３回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること
入所が退所する場合において、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行うこと

・低栄養状態のリスクが低い入所者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応すること
・入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たって、当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること（ＣＨＡＳＥへのデータ提出とフィードバックの活用）

（１日あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１１０円		
２．うち、介護保険から給付される金額	９９円	８８円	７７円
３．自己負担額	１１円	２２円	３３円

経口維持加算

月１回以上、多職種が共同して食事の観察及び会議等を行い、入所者等が経口による継続的な食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成し、特別な管理を実施した場合に下記の経口維持加算をお支払いただきます。

（１月あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	４００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	３６０円	３２０円	２８０円
３．自己負担額	４０円	８０円	１２０円

再入所時栄養連携加算

医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に再入所時栄養連携加算をお支払いいだきます。

（１回あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	２，０００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１，８００円	１，６００円	１，４００円
３．自己負担額	２００円	４００円	６００円

口腔衛生管理加算

口腔衛生管理加算Ⅰの要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用し、かつ歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者様に対し口腔ケアを月２回以上行い、当該入所者様に係る口腔ケアについて介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合に、下記の口腔衛生管理加算Ⅱをお支払いいただきます。

（１月あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	１１００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	９９０円	８８０円	７７０円
３．自己負担額	１１０円	２２０円	３３０円

安全対策体制加算

外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている場合、下記の安全対策体制加算をお支払いいただきます。

（入所時に１回に限り）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	２００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	１８０円	１６０円	１４０円
３．自己負担額	２０円	４０円	６０円

科学的介護推進体制加算

① 利用者様ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症やその他の利用者様の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出する。

② 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供にあたって①の情報、その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する。

① ～②を満たし、疾病の状況や服薬情報などの情報を厚生労働省に提出した場合に、下記の科学的推進体制加算Ⅱをお支払いいただきます。

（１月あたり）

介護保険負担割合	１割	２割	３割
１．サービス利用料金	５００円		
２．うち、介護保険から給付される金額	４５０円	４００円	３５０円
３．自己負担額	５０円	１００円	１５０円

科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）について

利用者様の心身の状況や提供するサービス等に関する情報を収集し、科学的に効果が裏付けられた自立支援・重度化防止に資する質の高いサービス提供の推進を目的とし、ＬＩＦＥを用いたＰＤＣＡサイクルの推進及びサービスの質の向上を図る取組を推進します。

＜高額介護サービス費＞

お支払いただく利用者負担には、月々の負担合計額の上限が設定されています。

１か月に支払った利用者負担の合計が、負担の上限を超えたときは、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）
世帯のどなたかが市区町村民税を課税されている方	３７，２００ 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 前年の合計所得金額と公的年金等収入額の合計が年間80万円以下の方等	２４，６００ 円（世帯） １５，０００ 円（個人）
生活保護を受給している方等	１５，０００ 円（個人）

※ 現役並み所得相当とは、同一世帯内に課税所得145万円以上の65歳以上の方がいる場合に対象となります。

※「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上限額を指します。

当施設は、松江市と受領委任払いの契約をしており、「高額介護サービス費情報提供同意書」にてご同意されますと、毎月の利用料金のうち上限額を超えた分は差引いてご請求します。

＜社会福祉法人等による利用者負担軽減制度について＞

法人が利用料を軽減することで、所得の低い方のサービス利用が困難にならないようにする制度です。

対象者の該当要件

１．年間収入が単身世帯で１５０万円、世帯員が一人増えるごとに５０万円を加算した額以下であること。

２．預貯金等の額が単身世帯で３５０万円、世帯員が一人増えるごとに１００万円を加算した額以下であること。

３．日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと。

４．負担能力のある親族等に扶養されていないこと。

５．介護保険料を滞納していないこと。

以上の要件のすべてに該当する必要があります

利用者負担段階	対象者	減額率
第１段階	生活保護受給者の方	居住費が０円
第１段階	老齢福祉年金受給の方	５０％
第２段階	住民税非課税世帯で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が８０万円以下の方	２５％

第３段階	住民税非課税世帯で、前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が８０万円を超える方	２５％

（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、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①食事の提供

食費　（ご利用者に提供する食材料費、調理にかかる費用）　　利用料金：１,３８０円

（ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が１日にお支払いいただく食費の上限となります。）　　P.16 参照

②居室の提供

居住費　（ご利用していただく居室の光熱水費）従来型個室・多床室　利用料金：８４０円

（ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が１日にお支払いいただく居住費の上限となります。）　P.16 参照

③特別な食事（酒を含みます）

ご利用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

④クリーニング代　（業者委託）　　料金：実費

⑤理美容　（理美容サービス）　　利用料金：実費

月に１回、美容師の出張による美容サービス（調髪）をご利用いただけます。

（３）施設独自のサービス（無料）

①貴重品の管理

ご利用者の希望により、貴重品をお預かりいたします。

〇お預りするもの　：預貯金通帳と印鑑、介護保険証、介護保険負担割合証
健康保険証、福祉医療費資格証（ある方）、身体障害者手帳（ある方）

〇出納方法　：利用者預り金等管理規程による

② 日常生活上必要となる諸費用

日常生活品の購入代金等、ご利用者の日常生活に要する費用で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は負担いただきます。

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。

③ 行政手続き代行

ご希望時、行政の手続き代行を行います。ただし、手続きにかかる費用（切手等）はその都度お支払いいただきます。

④ ご利用者の移送

ご利用者の通院や入院及び外泊時の移送サービスを行います。

※当分の間、娯楽費･行事費･管理費･代行費に係る費用等徴収いたしませんが、諸事情を勘案し負担して頂く場合がありますのでご了承下さい。

（４）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、１か月ごとに計算し翌月１０日までにご請求しますので、２５日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヶ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。）

お支払いただきますと、領収書を発行します。

ア 下記指定口座への振込み

山陰合同銀行古志原支店　　普通預金　口座 No. 2148957

島根銀行本店　　普通預金　口座 No. 0472002

ゆうちょ銀行総合口座　　記号　15320 番号 10565591

イ 金融機関口座からの自動引き落とし

山陰合同銀行

ゆうちょ銀行

６．入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、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。）

①嘱託医

医療機関の名称	おむら内科クリニック
所在地	松江市古志原５丁目４－８
診療科	内科

②協力医療機関

医療機関の名称	松江市立病院
所在地	松江市乃白町３２番地１
診療科	全科

医療機関の名称	大町歯科医院
所在地	松江市幸町８０３－３０
診療科	歯科

７．施設を退所していただく場合（契約の終了について）

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は、当施設との契約は、終了し、ご利用者に退所していただくことになります。

①要介護認定によりご利用者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合

②ご利用者が他の介護保険施設に入所した場合

③ご利用者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください）

④事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下を参照ください）

⑤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

⑥施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合

（１）ご利用者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用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７日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、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ご利用者が入院された場合
④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
⑤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
⑥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
⑦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

以下の事項に関する場合には、当施設から退所していただく場合があります。

①ご利用者が、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ご利用者による、サービス利用料金の支払いが２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ご利用者が、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ご利用者が連続して３ヶ月以上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

＊ご利用者が病院等に入院された場合の対応について＊

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、事項の通りです。

①検査入院等、６日間内の短期入院の場合

６日間以内入院された場合は、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。
※ただし月をまたぐ場合には１２日が算定されます。

②３ヶ月以内の入院の場合

３ヶ月以内入院された場合には、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も早く退院した場合等、退院時にホームの受け入れ準備が整っていない時には、以前の居室と異なる場合があります。この場合、入院期間中の所定の利用料金をご負担いただく必要はありません。

③３ヶ月以内の退院が見込まれない場合

医師の確認の上、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。
この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

（３）円滑な退所のための援助

ご利用者が当施設を退所する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、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

８．緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いただくため、別紙にご記入いただきます。

※緊急連絡先に変更があった場合、速やかにご連絡下さい。

９．提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施　　有り　　：　　年　　月　　日実施
（有効期間：　　年　　月　　日）
評価機関の名称：

無し

１０．苦情の受付について

（１）当施設における苦情の受付・相談・対応

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

［職名］　　［氏名］

責任者（施設長）　　後藤　真喜子

生活相談員　　原　　理久子

Tel（０８５２）２１－６３６５　　Fax（０８５２）２１－５９９３

苦情受付時間　月曜日から金曜日の９時～１９時

※緊急の場合はいつでも対応致します。

①苦情があった場合は、直ちに苦情受付担当者がご利用者又はご家族と連絡を取り直接伺うなどして詳しい事情を聞くと共に、担当者からも事情を確認します。

②苦情受付担当者が、必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行います。（検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告します。）

③検討の結果、必ず翌日までには具体的な対応をします。

④苦情に関する記録を台帳に保管し、再発予防に役立てます。

（２）第三者委員

佐貫　　裕　委員　Tel（０８５２）５４－０８８６　Fax（０８５２）５４－０８７２

田邊　幸一　委員　Tel（０８５２）２５－１４９３　Fax（０８５２）２５－１４９３

（３）行政機関その他苦情受付機関

松江市役所 介護保険担当課	所在地　松江市末次町８６ 電話番号　０８５２－５５－５９３３ ＦＡＸ　０８５２－５５－６１８６
島根県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	所在地　松江市学園１丁目７番１４号 電話番号　０８５２－２１－２８１１ ＦＡＸ　０８５２－６１－９０５１
島根県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地　松江市東津田町１７４１－３ 電話番号　０８５２－３２－５９１３ ＦＡＸ　０８５２－３２－５９９４

１０．事故発生時の対応

（１）　施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡するとともに必要な措置を講じます。

（２）　ご利用者の処遇により賠償すべき事故が発生した場合は、賠償責任を速やかに行ないます。

（３）　事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

１１．非常災害時の対応

（１）「特別養護老人ホームコーポ上口消防計画」「特別養護老人ホームコーポ上口地震防災応急計画」等により災害時には被害を最小限にとどめるよう適切な対応をします。

（２）安全対策を常日ごろから検討し、あらゆる事態を想定した防火及び避難誘導訓練を実施します。

（３）避難誘導訓練は年３回実施し、内１回の訓練は夜間を想定したものを実施します。

１２．身体拘束の防止

サービス提供にあたり、ご利用者または他の利用者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、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

ただし、緊急やむを得ない場合は、施設の身体拘束廃止委員会で検討した上で、ご利用者又はご家族への説明し、同意を得て設置要綱に沿って実施するものとします。

１３．高齢者虐待の防止

職員の研修の実施、ご利用者及びその家族からの苦情の処理の体制の整備その他の職員による高齢者虐待の防止等のための措置を講ずるとともに、職員は、施設において業務に従事する職員による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

１４．文書開示請求について

ご利用者やご家族から処遇記録の開示を求められた場合、特別な理由がない限り、開示します。写しを交付した場合はコピー代として１枚につき１０円をご負担いただきます。

１５．個人情報保護について

（１）利用目的

当施設では、介護サービス提供のため、ご利用者やご家族に関して知り得た情報を以下の場合に利用させていただきます。

- 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- その他サービス提供で必要な場合
- 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合
- 施設内における利用者名表記
- 施設内に掲示する行事等の写真、氏名
- 広報誌への掲載（広報誌のホームページへの掲載を含む）

（２）使用条件

- 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ません。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、第三者に漏らしません。
- 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、請求があれば開示します。

（３）その他

職員や実習生等には、知り得た個人情報の守秘義務を遵守するよう指導しております。

実習生に対して利用者の個人情報を提供しなければ、実習が困難になるため、利用させていただきますが、実習開始前に実習生と誓約書を取り交わします。

第三者に知られたくない情報等がある場合には、ご相談ください。

令和　　年　　月　　日

指定介護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　特別養護老人ホームコーポ上口

説明者　職名　　生活相談員　　氏名　　原　理久子　　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、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

利用者　住　　所

氏　　名　　印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住　　所

氏　　名　　印

＜資料＞　　「国が定める利用者負担限度額段階（第１～３段階）」
に該当する利用者等の負担額

★　利用者負担は、所得などの状況から第１～第４段階に分けられ、国が定める第１～第３段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

★　利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第１～第３段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。
この利用者負担段階について介護老人福祉施設が判断・決定することはできません。
また、「認定証」の提示がないと、いったん「第４段階」の利用料をお支払いいただくことになります。(「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります)

★　利用者負担第１・第２・第３段階に該当する利用者とは、次のような方です。
【利用者負担第１段階】
生活保護等を受けておられる方か、世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方
【利用者負担第２段階】
世帯全員が市町村民税非課税で、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
【利用者負担第３段階】
世帯全員が市町村民税非課税で、利用者負担第２段階以外の方

★　利用者負担第４段階の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第３段階」の利用者負担となります。

★　下記①②のいずれかに該当する場合は負担軽減の対象外(第4段階)となります。
①配偶者(世帯が同じかどうかは問わない)が市町村民税を課税されている方
②預貯金等の金額が、配偶者がいる方：合計 2,000 万以上、配偶者がいない方：1,000 万以上

★　その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

負担額一覧表（１日当たりの利用料）

	食費（食材料費・調理にかかる費用）	居住費（光熱水費相当） 従来型個室・多床室
利用者負担第１段階	３００円	０円
利用者負担第２段階	３９０円	３７０円
利用者負担第３段階	６５０円	３７０円
利用者負担第４段階（基準費用額）	１,３８０円	８４０円

利用者名　　様

緊　急　連　絡　先

	昼	夜
①	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ
②	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ
③	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ	氏名 続柄 住所 ＴＥＬ