

5. 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) 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、利用料金の大部分（通常 9 割から 7 割）が介護保険から給付されます。

①食事支援（食費については利用者の方の収入に応じての負担額となります。8 ページ参照）

- 当施設では、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態および嗜好を考慮した食事を提供します。（刻み食・ソフト食等）
- ご契約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が、希望により居室・2 階・3 階等でも食事をとっていただく事が出来ます。
- 食事時間について下記のとおりですが、利用者の方の希望により時間を前後する事ができます。

（食事時間）

朝食 8：00～ 昼食 11：30～ 夕食 17：00～

②口腔ケア

- 毎食後の歯磨き・うがいの援助を行います。

③入浴

- 入浴または清拭を週 2 回行います。
- 寝たきりでも特殊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

- 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。
- 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。

⑧サービス利用料金

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自己負担額と食費・居住費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。）

■ サービス利用料金

（※下記のサービス利用料金は、介護保険法改正及び介護報酬改定に変更がある場合は、料金の変更があります。）

※多床室・従来型個室ともに同じ自己負担額です

<1日あたり>※1割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	5,890円	5,301円	589円
要介護度2	6,590円	5,931円	659円
要介護度3	7,320円	6,588円	732円
要介護度4	8,020円	7,218円	802円
要介護度5	8,710円	7,839円	871円

<1日あたり>※2割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	5,890円	4,712円	1,178円
要介護度2	6,590円	5,272円	1,318円
要介護度3	7,320円	5,856円	1,464円
要介護度4	8,020円	6,416円	1,604円
要介護度5	8,710円	6,968円	1,742円

<1日あたり>※3割負担の場合

要介護度区分	介護サービス費	介護保険給付額	自己負担額
要介護度1	5,890円	4,123円	1,767円
要介護度2	6,590円	4,613円	1,977円
要介護度3	7,320円	5,124円	2,196円
要介護度4	8,020円	5,614円	2,406円
要介護度5	8,710円	6,097円	2,613円

■その他の介護給付サービス加算（該当した場合下記の金額が加算されます）

（※下記のサービス加算料金は、職員体制の変更、介護保険法改正及び介護報酬改定に変更がある場合は、料金の変更があります。）現在下記の下記の○印を算定しています。

< 1 日当たり及び 1 ヶ月当たり >

NO	加 算	金 額	基 準	加算の有無
1	看護体制加算（Ⅰ）イ	6 円 (12 円・18 円)	常勤の看護師を 1 名配置している場合	○
2	看護体制加算（Ⅱ）イ	13 円 (26 円・39 円)	基準を上回る看護職員を配置しており、看護職員と 24 時間の連絡体制を確保している場合	○
3	夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	22 円 (44 円・66 円)	夜勤を行う職員の数が基準を上回っている場合	○
4	日常生活継続支援加算	36 円 (72 円・108 円)	重度者や認知症の利用者の割合が高く、介護福祉士の資格を有する職員が、基準以上配置されている場合	○
5	個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 円 (24 円・36 円)	機能訓練指導員を配置し、利用者に対して個別機能訓練計画書を作成、その計画に基づき機能訓練を実施した場合	○
6	個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 円 (40 円・60 円) (1 ヶ月当たり)	個別機能訓練計画の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する場合	
7	ADL 維持等加算（Ⅰ）	30 円 (60 円・90 円) (1 ヶ月当たり)	利用者の ADL 情報を厚生労働省に提出し、ケアの向上を図った上で一定数値向上している場合	
8	ADL 維持等加算（Ⅱ）	60 円 (120 円・180 円) (1 ヶ月当たり)	利用者の ADL 情報を厚生労働省に提出し、ケアの向上を図った上で（Ⅰ）より向上している場合	
9	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円 (6 円・9 円) (1 ヶ月当たり)	褥瘡が発生するリスクがある利用者ごとに医師、看護師、介護職員、介護支援専門員他が共同して褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成・実施した場合	
10	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 円 (26 円・39 円) (1 ヶ月当たり)	（Ⅰ）の要件に加え、リスクのある利用者について褥瘡の発生がない場合	
11	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 円 (80 円・120 円) (1 ヶ月当たり)	利用者ごと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し、必要に応じてサービスの提供に当たって、上記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している場合	
12	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 円 (100 円・150 円) (1 ヶ月当たり)	（Ⅰ）に加え利用者の疾病の情報を提出している場合	○
13	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 円 (180 円・270 円) (1 ヶ月当たり)	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生に係る技術的助言及び指導を利用者ごとに年 2 回以上実施した場合	対象者のみ
14	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円 (220 円・330 円) (1 ヶ月当たり)	（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生に係る情報を厚生労働省に提出し、適切かつ有効に実施するために必要な情報を活用している場合	対象者のみ
15	認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円 (6 円・9 円)	認知症ケアに関する専門研修を修了した職員を基準以上配置し、認知症ケア推進の為に体制を整えている場合	
16	認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 円 (8 円・12 円)	（Ⅰ）の条件を満たし、更に専門的な認知症に関する研修を修了した職員を配置し、認知症ケア推進の為に体制を整えている場合	
17	初期加算	30 円 (60 円・90 円)	ご利用者が新規に入所及び 1 ヶ月以上の入院後再度入所した場合（※最大 30 日間）	対象者のみ
18	入院・外泊時加算	246 円 (492 円・738 円)	ご利用者が入院及び外泊をされた場合（月またがりの場合最大 12 日間）	対象者のみ
19	配置医師緊急時対応加算（1）1 回につき	325 円 (650 円・975 円)	配置医師が通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く）	対象者のみ
20	配置医師緊急時対応加算（2）1 回につき	650 円 (1300 円・1950 円)	配置医師が早朝（6 時～8 時）・夜間（18 時～22 時）に利用者の急変等の対応を行った場合	対象者のみ
21	配置医師緊急時対応加算（3）1 回につき	1300 円 (2600 円・3900 円)	配置医師が深夜（22 時～6 時）に利用者の急変等の対応を行った場合	対象者のみ

19・20の看取り看護加算は、医師が医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した方に対し、利用者又は家族の同意を得て、看取り介護の指針に基づく看取り介護計画を作成し、看取り介護が実施され、当施設又は居宅・病院で死亡した場合に算定致します				対象者のみ
22	看取り看護加算（Ⅰ）	72円 (144円・216円)	死亡日以前31日以上45日以下	
		144円 (288円・432円)	死亡日以前4日以上30日以下	
		680円 (1360円・2040円)	死亡日以前2日又は3日	
		1280円 (2560円・3840円)	死亡日	
23	看取り看護加算（Ⅱ）	144円 (288円・432円)	死亡日以前31日以上45日以下	○
		680円 (1360円・2040円)	死亡日以前4日以上30日以下	
		780円 (1560円・2340円)	死亡日以前2日又は3日	
		1580円 (3160円・4740円)	死亡日	
24	協力医療機関連携加算	100円(200円・300円) (1ヶ月当り) 7.4月～ 50円(100円・150円) (1ヶ月当り)	協力医療機関と入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催している	
25	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10円(20円・30円) (1ヶ月当り)	・医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している ・協力医療機関と感染症発生時等の取り決めを行い、協力医療機関等と連携し適切に対応している事 ・医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加	○
26	高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5円(10円・15円) (1ヶ月当り)	診療報酬における感染対策向上加算に係る医療機関から3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている事。	○
27	新興感染症等施設療養費	240円 (480円・720円) 月1回 連続5日まで	入所者が厚生労働大臣別に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	○
28	短期生活生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100円(200円・300円) (1ヶ月当り)	加算（Ⅱ）の要件を満たしている テクノロジー機器を複数導入している 介護職員が介護に集中できる時間帯を設けることや介護助手の活用などにより、役割分担を行う	○
29	短期生活生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10円(20円・30円) (1ヶ月当り)	委員会の開催や安全対策を実施する 1つ以上のテクノロジー機器を導入する 生産性向上ガイドラインにもとづいた業務改善 事業年度ごとに実績データを厚生労働省に提出	
30	栄養マネジメント強化加算	11円 (22円・33円)	・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を50で除して得た数以上配置すること ・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、看護師など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回以上おこない、入所者ごとの栄養状態、嗜好などを踏まえた食事の調整などを実施すること ・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など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あたって、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。	○
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		6・7ページの要介護度の自己負担額及び加算によって変更があります	6ページの要介護度自己負担額及び上記のサービス加算の1～27まで算定した額との合計金額の14.0%を乗じた金額	○

■ 食費・居住費

※所得の低い利用者には食費・居住費の負担が低く抑えられています。

利用者負担段階	主な対象者	預貯金額
第1段階	生活保護受給者 世帯(世帯を分離している配偶者含む。以下同じ) 全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	要件無し 単身 1,000 万円 夫婦 2,000 万円
第2段階	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額＋年金収入額が 80 万円以下の方	単身 650 万円 夫婦 1,650 万円
第3段階①	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額＋年金収入額が 80 万円超 120 万円以下の方	単身 550 万円 夫婦 1,550 万円
第3段階②	本人及び世帯全員が住民税非課税で、 合計所得金額＋年金収入額が 120 万円超の方	単身 500 万円 夫婦 1,500 万円
第4段階	世帯に課税者がいる方・市町村民税本人課税者	



	食費	多床室居住費	従来型個室
第1段階	300円	0円	380円
第2段階	390円	430円	480円
第3段階①	650円	430円	880円
第3段階②	1,360円	430円	880円
第4段階	1,445円	915円	1,231円

■ 高額介護サービス費

同じ月に利用した介護サービス費の利用者負担額の合計額(同じ世帯内に複数の利用者がある場合には、世帯の合計額)が高額になり、一定額を越えた時には、申請により上限を超えた分が高額介護サービス費として後から払い戻しされます。

※高額介護サービス費の上限(ひと月あたり)

区分	世帯の限度額	個人の限度額
生活保護受給者	15,000円	15,000円
市町村民税非課税の方	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 老齢福祉年金受給者の方	24,600円 15,000円
	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	15,000円
市町村民税課税の方	下記以外の市町村民税課税の方	37,200円
	現役並み所得者が同一世帯にいる方 (課税所得が 145 万円以上の被保険者の方及びその被保険者の方と同一世帯の他の被保険者の方)が対象	44,400円 37,200円

(2) 介護保険の給付の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契約者の負担となります。

- ① 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 1,200 円

- ②個人の要望に応じた物品（実費となります。）

- ③インフルエンザ予防接種（実費となります。）

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

サービス利用料金・サービス加算及びその他の費用は、月末締めでご請求しますので、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。

⑦. 金融機関からの振込

金融機関名	ニシニホンシティギンコウ ヤナガワシテン 西日本シティ銀行 柳川支店
口座番号	普通 801408
名 義	シャカイフクシホウジン ガクセイカイ ダイニオヤサト リジチョウ カンノウ リイチ 社 会 福 祉 法 人 学 正 会 第二おやさと 理 事 長 金 納 理 一

※振り込みの際は、振込手数料のご負担をお願い致します。

- ④. 利用者ご本人の通帳からの引き落とし。

※大牟田柳川信用金庫 蒲池支店に、利用者ご本人の普通口座を開設させていただきます。

(4) 金銭等の管理

自らの手による金銭などの管理が困難な場合は、お預かりし管理いたします。（無料）

(5) 行政手続き代行

行政機関への手続きが必要な場合は、ご利用者様やご家族の状況によっては代行して行います。（無料）

(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けることができます。

■ 協力医療機関

医療機関の名称	つつみ内科・皮ふ形成クリニック
所在地	柳川市大和町中島 494-5
診療科	総合

医療機関の名称	高木病院
所在地	大川市酒見 141-11
診療科	総合

医療機関の名称	長田病院
---------	------

所在地	柳川市下宮永町 166-5
診療科	総合

■ 協力歯科医療機関

医療機関の名称	石田歯科医院
所在地	柳川市三橋町久末 842-1

6. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

（１）ご契約者からの退所の申し出

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7日前までに解約届出書をご提出ください。

（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。

- 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3ヶ月以上遅延し、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また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、また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ヶ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

※上記の④・⑤契約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、以下の通りです。

①検査入院等、6日間以内の短期入院の場合

6日以内に退院された場合は、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。
 1日あたり 246円＋（246円×8.3%）＋（246円×2.7%）及び居住費

②7日間以上3ヶ月以内の入院の場合

※①

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。
 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

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。

7. 苦情の受付について（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。

■ 苦情受付担当者

[職名] 生活相談員 川村 聖子・川野 博之

■ 苦情解決責任者

[職名] 施設長 田中 茂

■ 受付時間 毎週月曜日～日曜日 9：00～16：30

■ 電話番号 0944-75-1888

■ F A X 番号 0944-75-1889

（2）行政機関その他苦情受付機関

柳川市介護保険担当課	所在地 柳川市本町 87-1 電話番号 0944-73-8111 受付時間 9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区千代 1 丁目 17-1 電話番号 092-643-7055 FAX 092-641-2432 受付時間 9：00～17：00
福岡県社会福祉協議会	所在地 春日市原町 3 丁目 1-7 電話番号 092-584-3377 FAX 092-584-3369 受付時間 9：00～17：00
福岡県介護保険広域連合	所在地 柳川市三橋町正行 431 電話番号 0944-75-6301 FAX 0944-75-6340 受付時間 9：00～17：00

（3）社会福祉法人 学正会 第二おやさと 苦情解決第三者委員会

苦情解決第三者委員会は、社会福祉法 8 2 条に基づき、施設利用者及びその関係人が施設運営に対して不満並びに苦情を有する場合、その不満並びに苦情に適切に対応するとともに円滑、円満な解決を図り、以って利用者等の権利を擁護する為を目的に設置された委員会です。

■ 第二おやさと施設適性化委員（第三者委員会名簿）

氏名	職業	住所	TEL
大淵 知代	蒲池地区婦人会 会長	柳川市西蒲池 957	72-9648
野間口 美奈子	蒲池小学校 校長	柳川市金納 455	72-6145
田中 善久	蒲池中学校 校長	柳川市金納 455	72-3840

8. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するに当たって、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) ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- (4) 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、ご契約者または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- (5) 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、ご契約者また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。
- (6) 事業者及びサービス従事者または従業員は、サービスを提供するに当たって知り得たご契約者また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。
- (7) 緊急時の対応
サービス提供時に入所者の病状が急変した場合、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、市町村および関係諸機関等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) 損害賠償について
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、契約者に故意また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、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

(10) 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等への対応

当施設は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。

これらを希望される場合には、個人情報相談窓口（電話 0944-75-1888）までお問い合わせください。

(11) 高齢者虐待防止

事業者は、ご入所者等の人権擁護並びに虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
- ② 従業者の悩みや苦勞の相談体制を整え、従業者がご入所者の権利擁護に取り組める環境の設備に努めます。

9. 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) 面会

防犯の関係上、面会時間は下記の時間となります。

面会時間 10:00～17:00

■来訪者は、面会簿に記入してください。

■なお、来訪される場合、飲食物の持ち込みは職員までご連絡ください。

(2) 外出・外泊

外出・外泊をされる場合は、事前にお申し出ください。

(3) 食事

食事が不要な場合は、前日までにお申し出下さい。

(4) 施設・設備の使用上の注意

■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、また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、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(5) 喫煙

館内は全面禁煙です。

10. 第三者評価の受審について

(1) サービスの第三者評価に関する受審議の有無 有 ・ ☒ 無

令和 年 月 日

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 学正会 特別養護老人ホーム 第二おやさと

説明者職名.....

氏 名.....

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、全ての項目に同意し、署名を行い
指定介護福祉施設サービスの提供開始をお願いします。

本人
(利用者)

〒 TEL

住 所.....

氏 名.....

身元引受人
(家族代表)

〒 TEL

住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....

連帯保証人

(利用者又は家族代表が利用料金滞納・施設に対する損害が発生した場合の連帯保証)

〒 TEL

住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....

代理人

(利用者又は家族代表が選任した場合)

〒 TEL

住 所.....

氏 名.....

続 柄 (利用者との関係).....