



# 重要事項説明書

---

## 介護老人保健施設

介護老人保健施設 五洋の里



# 介護老人保健施設 重要事項説明書

< 2026年 6月 1日現在 >

介護老人保健施設の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 医療法人社団 藤友五幸会                |
| 主たる事務所の所在地 | 〒438-0002<br>静岡県磐田市大久保508-3 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 徳久 剛史                   |
| 設 立 年 月 日  | 平成10年 4月23日                 |
| 電 話 番 号    | 0538-38-5511                |

## 2 事業所の概要

|            |                                                                       |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 事業所の名称     | 介護老人保健施設 五洋の里                                                         |
| 事業所の所在地    | 〒438-0234<br>静岡県磐田市掛塚3190-1                                           |
| 電 話 番 号    | 0538-67-1755                                                          |
| F A X 番 号  | 0538-67-1756                                                          |
| 管 理 者 氏 名  | 施設長 鈴木 修                                                              |
| 指 定 年 月 日  | 平成30年 4月 1日                                                           |
| 事業所番号      | 2256980026                                                            |
| 利 用 定 員    | 110名（短期入所療養介護事業含む）                                                    |
| 通常の事業の実施地域 | 磐田市                                                                   |
| 併 設 事 業 所  | （介護予防）短期入所療養介護<br>（介護予防）通所リハビリテーション<br>（介護予防）訪問リハビリテーション<br>居宅介護支援事業所 |

### 3 運営の目的及び方針

#### ■ 目的

介護老人保健施設は、看護・医学的管理の下での介護や機能訓練とその他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することで、利用者のその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように援助し、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援します。また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用下さい。

#### ■ 方針

- ① この施設を利用するすべての高齢者の心身の活性化と自立の支援
- ② 寝たきり高齢者の心を癒す手厚い看護と介護
- ③ 認知症高齢者の特性を重視した看護と介護
- ④ 自立心の高揚と生活支援を目指したリハビリテーション
- ⑤ 家庭的な療養環境の保持
- ⑥ 在宅保健福祉サービスとの積極的な支援
- ⑦ 退所者及びその家族との継続的な交流とサービスの提供
- ⑧ 地域交流センターとしての施設づくり
- ⑨ 行政・他施設・居宅介護支援事業所との広範な連携

### 4 施設及び設備の概要

#### ① 建物

|     |           |                             |
|-----|-----------|-----------------------------|
| 敷 地 |           | 5, 6 0 9.3 2 m <sup>2</sup> |
| 建 物 | 構 造       | 鉄骨造り3階建て                    |
|     | 延 べ 床 面 積 | 4, 3 9 4.6 9 m <sup>2</sup> |
|     | 利 用 定 員   | 1 1 0 名                     |

| 居室の種類 | 室 数 | 面 積 (平均)               | 一人あたり面積 (平均)           |
|-------|-----|------------------------|------------------------|
| 一人部屋  | 1 6 | 1 5.7 6 m <sup>2</sup> | 1 5.7 6 m <sup>2</sup> |
| 二人部屋  | 1   | 3 6.0 0 m <sup>2</sup> | 1 6.9 5 m <sup>2</sup> |
| 四人部屋  | 2 3 | 3 5.8 4 m <sup>2</sup> | 8.2 9 m <sup>2</sup>   |

## ② 主な設備

| 設備の種類       | 室 数 | 面 積                        | 備 考      |
|-------------|-----|----------------------------|----------|
| 食 堂         | 4   | 2 8 0 . 3 2 m <sup>2</sup> |          |
| 機能訓練室       | 1   | 1 1 9 . 6 4 m <sup>2</sup> |          |
| 浴 室         | 3   | 8 8 . 0 5 m <sup>2</sup>   | 特別浴室含む   |
| トイレ         | 2 4 | 9 3 . 1 7 m <sup>2</sup>   |          |
| 診察室         | 1   | 1 9 . 0 1 m <sup>2</sup>   | 兼調剤室     |
| 談話室         | 5   | 6 6 . 0 9 m <sup>2</sup>   |          |
| レクリエーションルーム | 2   | 2 6 . 5 5 m <sup>2</sup>   |          |
| 洗面所         | 4   |                            | 他個室洗面台あり |

## 5 提供するサービスの内容

| サービスの種類         | 内 容                                                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事<br>(食事提供時間) | (食事提供開始時間)<br>朝食 7 : 3 0 ~<br>昼食 1 1 : 4 5 ~<br>夕食 1 7 : 1 5 ~<br>管理栄養士又は栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します。 |
| 入 浴             | 週 2 回の入浴又は清拭を行います。<br>寝たきり等で座位のとれない方の入浴も可能です。                                                                   |
| 排 泄             | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。                                                                   |
| 離 床             | 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。                                                                                        |
| 着 替 え           | 生活のリズムを考え、着替えを行うよう配慮します。                                                                                        |
| 整 容<br>(シーツ交換)  | 個人の尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。<br>シーツ交換は週 1 回実施します。                                                              |
| 洗 濯             | 希望に応じて業者委託、または施設洗濯による対応をします。                                                                                    |
| 健 康 管 理         | 医師により診察を行います。<br>ただし、当施設では行えない処置(透析等)や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。                                |
| 機 能 訓 練         | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等により利用者の心身の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。                                                   |
| レクリエーション        | 日常生活に加えレクリエーションやクラブ活動等を行います。                                                                                    |
| 相 談 及 び 援 助     | 利用者とその家族からのご相談に応じます。                                                                                            |

## 6 営業日時

|          |                           |
|----------|---------------------------|
| 営 業 日    | 年中無休                      |
| 営 業 時 間  | 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分 |
| サービス提供時間 | 2 4 時間                    |

## 7 職員体制と勤務体制

### ① 職員の体制 （ 2 0 2 4 年 8 月 1 日より ）

| 職員の体制                   | 員数      | 仕事内容                                                                      |
|-------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------|
| 管理者                     | 1 人     | 施設の責任者としてその管理と統括を行う                                                       |
| 医 師                     | 2 人以上   | 利用者の健康管理や療養上の指導を行う                                                        |
| 薬剤師                     | 1 人     | 医師の指示に基づき調剤等の薬管理を行う                                                       |
| 看護師                     | 1 1 人以上 | 医師の指示に基づき服薬・検温・血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づく看護を行う             |
| 介護職員                    | 2 7 人以上 | 利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う                                            |
| 支援相談員                   | 2 人以上   | 利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う                 |
| 理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士 | 2 人以上   | 利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づくリハビリテーションを行う                                     |
| 介護支援専門員                 | 2 人以上   | 利用者の心身の状況およびその有する能力・置かれている環境などに基づき、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう施設サービス計画の作成を行う |
| 管理栄養士                   | 1 人以上   | 利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づく栄養管理を行う                                          |
| 事務員・調理員ほか               | 1 人以上   | 施設の労務管理・経理請求などを行う<br>栄養管理に基づく、調理等の行為を行う                                   |

### ② 勤務の体制

|         |       |                       |
|---------|-------|-----------------------|
| 勤 務 形 態 | 早 番   | 7 : 0 0 ～ 1 6 : 0 0   |
|         | 日 勤   | 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0   |
|         | 遅 番 A | 9 : 0 0 ～ 1 8 : 0 0   |
|         | 遅 番 B | 1 0 : 0 0 ～ 1 9 : 0 0 |
|         | 夜 勤   | 1 6 : 3 0 ～ 9 : 0 0   |

## 8-1 利用料等

- サービスを利用した場合の「基本利用料」及び「加算」等は厚生労働大臣、又は磐田市長が告示で定める基準金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。
- 介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。
- 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。
- 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者へ直接介護給付が行われない場合があります。その場合は、支払方法が償還払いとなり、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。
- また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

< 料金表 > \* 磐田市の地域区分（7級地）として、1単位 10.14 円で計算します。

### ① 介護保険給付対象サービス

○ 施設サービス費（1日につき）

【区分：基本型：従来型個室】

| 要介護度 | 単位数   | 利用料    | 1割負担 |
|------|-------|--------|------|
| 要介護1 | 717単位 | 7,270円 | 727円 |
| 要介護2 | 763単位 | 7,736円 | 774円 |
| 要介護3 | 828単位 | 8,395円 | 840円 |
| 要介護4 | 883単位 | 8,953円 | 896円 |
| 要介護5 | 932単位 | 9,450円 | 945円 |

【区分：基本型：多床室】

| 要介護度 | 単位数     | 利用料     | 1割負担   |
|------|---------|---------|--------|
| 要介護1 | 793単位   | 8,041円  | 805円   |
| 要介護2 | 843単位   | 8,548円  | 855円   |
| 要介護3 | 908単位   | 9,207円  | 921円   |
| 要介護4 | 961単位   | 9,744円  | 975円   |
| 要介護5 | 1,012単位 | 10,261円 | 1,027円 |

※介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標が「60以上」の場合には、以下の区分『強化型』に変更となります。

【区分：強化型：従来型個室】

| 要介護度 | 単位数     | 利用料     | 1割負担   |
|------|---------|---------|--------|
| 要介護1 | 788単位   | 7,990円  | 799円   |
| 要介護2 | 863単位   | 8,750円  | 875円   |
| 要介護3 | 928単位   | 9,409円  | 941円   |
| 要介護4 | 985単位   | 9,987円  | 999円   |
| 要介護5 | 1,040単位 | 10,545円 | 1,055円 |

【区分：強化型：多床室】

| 要介護度 | 単位数     | 利用料     | 1割負担   |
|------|---------|---------|--------|
| 要介護1 | 871単位   | 8,831円  | 884円   |
| 要介護2 | 947単位   | 9,602円  | 961円   |
| 要介護3 | 1,014単位 | 10,281円 | 1,029円 |
| 要介護4 | 1,072単位 | 10,870円 | 1,087円 |
| 要介護5 | 1,125単位 | 11,407円 | 1,141円 |



○ 加算

| 種 類                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 利 用 料【1割負担】 |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|
| <p>○夜勤職員配置加算</p> <p>入所者の数が20またはその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う職員を配置している場合</p>                                                                                                                                                                                                                               | 1日につき       | 24単位<br>【25円】                                           |
| <p>○栄養マネジメント強化加算</p> <p>以下の要件を全て満たしている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤管理栄養士を必要人数配置し、食事の際の入所者の変化を把握し、問題がある場合は早期に対応すること</li> <li>・低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、多職種が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、入所者ごとの食事の調整等を実施すること</li> <li>・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り必要な情報を活用している場合</li> </ul> | 1日につき       | 11単位<br>【12円】                                           |
| <p>○在宅復帰・在宅療養支援機能加算</p> <p>介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援等指標が一定の点数を越えた場合</p> <p>(Ⅰ) 区分：基本型を算定していること<br/>在宅復帰・在宅療養支援等指標「40以上」等</p> <p>(Ⅱ) 区分：強化型を算定していること<br/>在宅復帰・在宅療養支援等指標「70以上」等</p>                                                                                                                   | 1日につき       | <p>(Ⅰ) 51単位<br/>【52円】</p> <p>(Ⅱ) 51単位<br/>【52円】</p>     |
| <p>○初期加算</p> <p>過去3ヶ月（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、Ⅴに該当する場合は過去1ヶ月の間とする）の間に当施設の利用がない場合に、入所後30日間に限って加算されます。</p> <p>(Ⅰ) 急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し入所した場合<br/>※空床情報について、定期的な情報共有を行うこと</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ) の条件を充たさない場合</p>                                                                                       | 1日につき       | <p>(Ⅰ) 60単位<br/>【61円】</p> <p>(Ⅱ) 30単位<br/>【31円】</p>     |
| <p>○短期集中リハビリテーション実施加算</p> <p>介護老人保健施設以外から入所した場合、入所日から3ヶ月間に限り、1週につき概ね3日以上リハビリテーションを実施した場合</p> <p>(Ⅰ) 原則として入所時及び月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じた見直しを行っている場合</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ) の条件を充たさない場合</p>                                                                                          | 1日につき       | <p>(Ⅰ) 258単位<br/>【262円】</p> <p>(Ⅱ) 200単位<br/>【203円】</p> |
| <p>・安全対策体制加算</p> <p>外部の研修を受講し、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</p>                                                                                                                                                                                                                        | 1回限り        | 20単位<br>【21円】                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>○入所前後訪問指導加算</p> <p>(Ⅰ) 入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所者の入所予定日前30日以内または入所後7日以内に入所者が退所後生活する居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合</p> <p>(Ⅱ) 入所者が退所後にその居宅でなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、入所者の同意を得て、当該社会福祉施設等を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定および診療方針の決定を行った場合</p>                                                                                         | 1回限り | <p>(Ⅰ)</p> <p>450単位<br/>【457円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>480単位<br/>【487円】</p> |
| <p>○入退所前連携加算</p> <p>入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービスまたは地域密着型サービスを利用する場合において、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービスまたは地域密着型サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービスまたは地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合</p> <p>(Ⅰ) 入所予定日前30日以内又は入所後30日以内から、居宅介護支援事業者と連携をしている場合</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ) の条件を充たさない場合</p> | 1回限り | <p>(Ⅰ)</p> <p>600単位<br/>【609円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>400単位<br/>【406円】</p> |
| <p>○試行的退所時指導加算</p> <p>入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、入所者の退所時に、入所者およびその家族等に対して、退所後の療養上の指導を行った場合</p>                                                                                                                                                                                                                      | 1回限り | <p>400単位<br/>【406円】</p>                                               |
| <p>○退所時情報提供加算</p> <p>(Ⅰ) 居宅へ退所する場合において、退所後の主治の医師に対して、入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等を示す情報の提供を行った場合</p> <p>(Ⅱ) 医療機関へ退所する入所者等について、入所者の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報の提供を行った場合</p>                                                                                                                                                      | 1回限り | <p>(Ⅰ)</p> <p>500単位<br/>【507円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>250単位<br/>【254円】</p> |
| <p>○退所時栄養情報連携加算</p> <p>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が医療機関等に退所するにあたり、管理栄養士が入所者の栄養管理に関する情報の提供を行った場合</p>                                                                                                                                                                                                                          | 1回限り | <p>70単位<br/>【71円】</p>                                                 |
| <p>○訪問看護指示加算</p> <p>入所者の退所時に、介護老人保健施設の医師が診療に基づき、指定訪問看護、指定看護小規模多機能型居宅介護等（看護サービスを行う場合に限る）に対して、当該入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合</p>                                                                                                                                                                                                         | 1回限り | <p>300単位<br/>【305円】</p>                                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○かかりつけ医連携薬剤調整加算</p> <p>入所者に処方する内服薬の減少について退所時又は退所後 1 月以内に主治の医師と連携し、その内容を診療録に記載した場合は、当該入所者 1 人につき 1 回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。</p> <p>(Ⅰ) □ 施設において薬剤を評価・調整した場合</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ) の条件を満たし、加えて、服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し活用している場合</p> <p>(Ⅲ) (Ⅰ)・(Ⅱ) の条件を満たし、加えて、退所時の内服薬が 1 種類以上減少している場合</p> | <p>1 人</p> <p>1 回限度</p>                 | <p>(Ⅰ) イ</p> <p>1 4 0 単位</p> <p>【1 4 2 円】</p> <p>(Ⅰ) □</p> <p>7 0 単位</p> <p>【7 1 円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>2 4 0 単位</p> <p>【2 4 4 円】</p> <p>(Ⅲ)</p> <p>1 0 0 単位</p> <p>【1 0 2 円】</p> |
| <p>○再入所時栄養連携加算</p> <p>入所者が医療機関に入院し、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又は特別食等を必要とする場合、施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画の原案を作成し、再入所した場合</p>                                                                                                                                                 | <p>1 回限り</p>                            | <p>2 0 0 単位</p> <p>【2 0 3 円】</p>                                                                                                                                                |
| <p>○経口移行加算</p> <p>医師、管理栄養士、看護師等が共同して、経管により食事を摂取している入所者の経口移行計画を作成している場合であって、医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士による栄養管理および言語聴覚士または看護師による支援が行われた場合</p>                                                                                                                                          | <p>1 日につき</p>                           | <p>2 8 単位</p> <p>【2 9 円】</p>                                                                                                                                                    |
| <p>○経口維持加算</p> <p>(Ⅰ) 医師、管理栄養士、看護師等が共同して入所者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、摂食・嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成している場合であって、医師または歯科医師の指示を受けた管理栄養士または栄養士が栄養管理を行った場合</p> <p>(Ⅱ) 食事の観察、会議に医師、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれかが加わった場合</p>                                                                            | <p>1 月につき</p>                           | <p>(Ⅰ)</p> <p>4 0 0 単位</p> <p>【4 0 6 円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>1 0 0 単位</p> <p>【1 0 2 円】</p>                                                                                         |
| <p>○療養食加算</p> <p>医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合</p>                                                                                                                                                                                                                                    | <p>1 回につき</p> <p>※ 3 回/日</p> <p>を限度</p> | <p>6 単位</p> <p>【6 円】</p>                                                                                                                                                        |
| <p>○外泊時費用</p> <p>一時的に自宅等に外泊された場合</p> <p>ただし、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、外泊扱いにはなりません (月 6 日限度)</p>                                                                                                                                                                             | <p>1 日につき</p>                           | <p>3 6 2 単位</p> <p>【3 6 7 円】</p>                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○所定疾患施設療養費</p> <p>肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪の疑いのある入所者に対して、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（1月1回連続7日限度）</p> <p>（Ⅱ）医師が感染症対策に関する、専門的な研修を受講している場合（1月1回連続10日限度）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>1日につき</p> | <p>（Ⅰ）</p> <p>239単位<br/>【243円】</p> <p>（Ⅱ）</p> <p>480単位<br/>【487円】</p>                                                                                                                           |
| <p>○ターミナルケア加算</p> <p>医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人および家族とともに、医師、看護職員、介護職員等が協同して、随時本人または家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援した場合</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>1日につき</p> | <p>(死亡日)</p> <p>1,900単位<br/>【1,927円】</p> <p>(死亡日前<br/>2日～3日まで)</p> <p>910単位<br/>【923円】</p> <p>(死亡日前<br/>4日～30日まで)</p> <p>160単位<br/>【163円】</p> <p>(死亡日前<br/>31日～45日まで)</p> <p>72単位<br/>【73円】</p> |
| <p>○排せつ支援加算</p> <p>①排泄に介護を要する入所者全員に対する要件</p> <p>入所者ごとの要介護状態の軽減の見込みについて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも6月に1回、評価を行い、その結果を厚生労働省に提出し活用している場合</p> <p>② ①の評価の結果、適切な対応をすることにより要介護状態を軽減できるとされた入所者に対する要件</p> <p>関連職種の者が共同して、入所者ごとに排泄に関する支援計画を作成し、定期的な評価を行っている場合</p> <p>（Ⅱ）②に該当される入所者について、入所時と比較し、排尿、排便の状態の少なくとも一方が改善すると共に、いずれにも悪化がない。又はおむつ使用ありから使用なしに改善している。又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者について、抜去された場合。</p> <p>（Ⅲ）②に該当される入所者について、入所時と比較し、排尿、排便の状態の少なくとも一方が改善すると共に、いずれにも悪化がない。かつおむつ使用ありから使用なしに改善している。又は施設入所時に尿道カテーテルが留置されていた者について、抜去された場合</p> | <p>1月につき</p> | <p>（Ⅰ）10単位<br/>【11円】</p> <p>（Ⅱ）15単位<br/>【16円】</p> <p>（Ⅲ）20単位<br/>【21円】</p>                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------|
| <p>○褥瘡マネジメント加算</p> <p>①入所者全員に対する要件<br/>入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、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、その結果を厚生労働省に提出し、フォローアップを受け活用している場合</p> <p>② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件<br/>関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡管理を実施した場合</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ)の条件を満たし、加えて、②に該当される入所者について、褥瘡の発生がみられない、又は施設入所時に褥瘡の認められた入所者について褥瘡が治癒した場合</p>                                   | <p>1月につき</p> | <p>(Ⅰ) 3単位<br/>【3円】</p> <p>(Ⅱ) 13単位<br/>【14円】</p>     |
| <p>○科学的介護推進体制加算</p> <p>入所者・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者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計画を見直すなど、サービス提供にあたり、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</p> <p>(Ⅱ) 入所者・利用者の疾病の状況や服薬情報等の情報も提出し活用している場合</p>                                                                                                                                                         | <p>1月につき</p> | <p>(Ⅰ) 40単位<br/>【41円】</p> <p>(Ⅱ) 60単位<br/>【61円】</p>   |
| <p>○リハビリテーションマネジメント計画書情報加算</p> <p>入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し活用している場合</p> <p>(Ⅰ) 以下の要件を全て満たしている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔衛生管理加算及び栄養マネジメント強化加算を算定</li> <li>・計画の見直しにあたり他職種により口腔の健康状態及び栄養状態に関する情報を相互に共有している場合</li> </ul> <p>(Ⅱ) (Ⅰ)の条件を充たさない場合</p>                                                                              | <p>1月につき</p> | <p>(Ⅰ) 53単位<br/>【54円】</p> <p>(Ⅱ) 33単位<br/>【34円】</p>   |
| <p>○口腔衛生管理加算</p> <p>(Ⅰ) 以下の要件を全て満たしている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の技術的助言及び指導に基づいた、口腔衛生等の管理計画の作成</li> <li>・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による、月2回以上の口腔衛生等の管理</li> <li>・歯科衛生士による、介護職員に対する技術的助言及び指導</li> <li>・歯科衛生士による、介護職員からの相談等への対応</li> </ul> <p>(Ⅱ) (Ⅰ)の要件を満たし、加えて口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省へ提出し、口腔衛生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ている場合</p> | <p>1月につき</p> | <p>(Ⅰ) 90単位<br/>【92円】</p> <p>(Ⅱ) 110単位<br/>【112円】</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○生産性向上推進体制加算</p> <p>利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。かつ業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行っている場合</p> <p>(Ⅰ) 以下の要件を全て満たしている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務改善の取組による成果が確認されていること</li> <li>・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること</li> <li>・職員間の適切な役割分担の取り組み等を行っていること</li> </ul> <p>(Ⅱ) 以下の要件を満たしている場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること</li> </ul> | 1月につき | <p>(Ⅰ)</p> <p>100単位<br/>【102円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>10単位<br/>【11円】</p>                                       |
| <p>○協力医療機関連携加算</p> <p>協力医療機関との間で、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合</p> <p>(Ⅰ) 協力医療機関において以下の条件を満たす場合</p> <p>①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること</p> <p>②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること</p> <p>③入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること</p> <p>(Ⅱ) (Ⅰ) 以外の協力医療機関と連携している場合</p>                                                                                                                    | 1月につき | <p>(Ⅰ)</p> <p>100単位<br/>【102円】</p> <p>令和7年4月1日以降</p> <p>50単位<br/>【51円】</p> <p>(Ⅱ)</p> <p>5単位<br/>【5円】</p> |
| <p>○高齢者施設等感染対策向上加算</p> <p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>(Ⅰ) 以下の条件を全て満たす場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第二種協定指定医療機関との間で、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こと</li> <li>・協力医療機関等との間で一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、発生時等に連携し適切に対応していること</li> <li>・医療機関または医師会等が行う研修又は訓練に1年に1回以上参加していること</li> </ul> <p>(Ⅱ) 指定の医療機関から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施指導を受けていること</p>                                                                                           | 1月につき | <p>(Ⅰ) 10単位<br/>【11円】</p> <p>(Ⅱ) 5単位<br/>【5円】</p>                                                         |
| <p>○新興感染症等施設療養費</p> <p>入所者等が厚生労働省が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等に対し、適切な感染対策を行った上でサービスを提供した場合</p> <p>(1月1回連続5日限度)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1日につき | <p>240単位<br/>【244円】</p>                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○サービス提供体制強化加算</p> <p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>(Ⅰ) 介護職員の総数のうち介護福祉士 80%以上<br/>もしくは、直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続 10 年以上介護福祉士 35%以上</p> <p>(Ⅱ) 介護職員の総数のうち介護福祉士 60%以上</p> <p>(Ⅲ) 介護職員の総数のうち介護福祉士 50%以上<br/>もしくは、看護・介護職員の総数のうち常勤 75%以上<br/>もしくは、直接サービスを提供する職員の総数のうち、勤続 7 年以上 30%以上</p> | 1 日につき       | <p>(Ⅰ) 22 単位<br/>【23 円】</p> <p>(Ⅱ) 18 単位<br/>【19 円】</p> <p>(Ⅲ) 6 単位<br/>【6 円】</p>                          |
| <p>○介護職員等処遇改善加算</p> <p>介護職員等の賃金の改善等を実施している場合</p>                                                                                                                                                                                                                           | 算定した<br>単位数の | <p>I -イ) 9.0%</p> <p>I -ロ) 9.7%</p> <p>II -イ) 8.6%</p> <p>II -ロ) 9.3%</p> <p>III) 6.9%</p> <p>IV) 5.9%</p> |

② 介護保険給付対象外サービス（全額実費負担）

| 種 類                      | 内 容  | 利 用 料<br>(～2026/7/31) | 利 用 料<br>(2026/8/1～)                                       |
|--------------------------|------|-----------------------|------------------------------------------------------------|
| 居住費<br>従来型個室<br>(1日あたり)  | 負担段階 | 第1段階                  | 550円                                                       |
|                          |      | 第2段階                  | 550円                                                       |
|                          |      | 第3段階①                 | 1,370円                                                     |
|                          |      | 第3段階②                 | 1,470円                                                     |
|                          |      | 第4段階                  | 1,820円                                                     |
| 居住費<br>従来型多床室<br>(1日あたり) | 負担段階 | 第1段階                  | 0円                                                         |
|                          |      | 第2段階                  | 430円                                                       |
|                          |      | 第3段階①                 | 430円                                                       |
|                          |      | 第3段階②                 | 430円                                                       |
|                          |      | 第4段階                  | 590円                                                       |
| 食 費                      | 負担段階 | 第4段階                  | (1日) 2,000円<br>(朝食) 450円<br>(昼食) 850円<br>(夕食) 700円         |
|                          |      | 第3段階②                 | (1日) 1,360円<br>※1食あたりは第4段階参照。<br>欠食等で、合計が上記に満たない場合は、その合計金額 |
|                          |      | 第3段階①                 | (1日) 650円<br>※1食あたりは第4段階参照。<br>欠食等で、合計が上記に満たない場合は、その合計金額   |
|                          |      | 第2段階                  | (1日) 390円                                                  |
|                          |      | 第1段階                  | (1日) 300円                                                  |
|                          |      |                       | (1日) 2,000円<br>(朝食) 450円<br>(昼食) 850円<br>(夕食) 700円         |

| 種 類    | 内 容               | 利 用 料                                            |
|--------|-------------------|--------------------------------------------------|
| 日常生活品費 | バスタオル、タオル、おしぼり等   | 200円                                             |
|        | シャンプー、リンス、保湿クリーム等 | 60円                                              |
| おやつ代   | 15時のおやつ料          | (1日) 100円<br><input type="checkbox"/> 説明を受け希望します |
| 電気使用代  | 家電製品を持ち込んだ場合の費用   | 1品につき<br>(1日) 50円                                |



|            |                                                                |                |
|------------|----------------------------------------------------------------|----------------|
| 義歯洗浄剤代     | 義歯を使用されている場合の費用                                                | (1日1個) 10円     |
| 食事用エプロン代   | 食事用エプロンを使用されている場合の費用                                           | (1日) 30円       |
| 理髪・美容      | 当施設には美容室を設けています。営業日にサービスを利用いただけます                              | 実 費            |
| レクリエーション活動 | 主なレクリエーション活動<br>・生け花 ・習字 ・編み物<br>・外出企画費 ・その他<br>※参加されるか否かは任意です | 実 費            |
| 健康管理費      | インフルエンザ予防接種を希望された場合の費用                                         | 実 費            |
| 施設クリーニング代  | 私物の洗濯を施設（業者）に依頼される場合の費用                                        | 1 ネット<br>500円  |
| 私物洗濯代      | 施設洗濯をした場合の費用                                                   | 1 回につき<br>200円 |
| 領収書の再発行    | 発行させていただいた領収書を紛失等により再発行する場合                                    | 1ヶ月<br>500円    |
| その他の費用     | 死亡診断書を発行した場合                                                   | 11,000円        |
|            | 他施設入所診断書                                                       | 3,300円         |
|            | その他診断書、証明書についてはご相談下さい                                          |                |

※その他施設サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

## 8-2 支払方法

- 利用料金は1ヵ月ごと計算し請求いたします。原則として、毎月10日以降に前月分の利用請求書を郵送で利用者、利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）または利用者の連帯保証人にお送りいたします。
- お支払い方法は、ご指定の金融機関口座から口座自動引落にてお願いいたします。（口座自動引落としては、前月分の請求額を当月27日に引落します。残高不足により引き落とせなかった場合は、お振込にてお支払いをお願いする場合がございます。）
- お支払いの確認後、領収書を発行いたします。

## 9 サービスの利用に当たっての留意事項及びご遠慮頂いている事項

- 他の利用者ならびに職員に対する宗教活動、政治活動または物品の販売及び斡旋はご遠慮ください。
- ライター・マッチなどの火器類やナイフなどの危険物のお持ち込みはご遠慮ください。
- 金品・貴重品の持ち込みは原則お断りいたします。持ち込まれた金品は、自己及びご家族の責任で管理をしてください。また、利用者間での金銭、私物の貸し借りについてもご遠慮いただくとともに、万が一金銭、私物の貸し借りが行われた場合は、自己及びご家族の責任となりますことをご理解ください。
- 様々な健康状態の方がご利用されていることをご理解いただき、飴やお煎餅など喉につまりやすい食べ物のお持込や、利用者間での分け合いは、重大事故やトラブル防止のため、ご遠慮ください。
- 他の利用者の迷惑になる行為および危害を与える行為はご遠慮ください。
- 施設内の設備は本来の用法、職員の指示に従ってご利用ください。
- 健康状態に異常がある場合には、その旨を申し出てください。感染の恐れがある場合にはご利用をお断りすることがあります。

## 10 緊急時の対応

- 配置の医師及び看護職員が常に利用者の健康状態を注意し、必要に応じて適切な診療・指導を行うよう誠意をもって対応します。
- 利用者に病状の急変が生じた場合等により、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の診察を求める等診療について適切な対応を講じます。

## 11 事故又は再発事故の防止ならびに事故発生時の対応

- 事業所は利用者の事故の発生又は再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。
  - ① 事故防止の委員会を中心とし事故の発生防止の指針を整備します
  - ② 従業者に対する事故を防止するための研修を実施します
  - ③ 事故が発生した場合における報告と、その分析を通じた改善策に従業者に周知徹底する体制を整備します
  - ④ その他の事故防止の為に必要な措置を適切に実施するための担当者を設置します
- サービス提供に当たって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の身元引受人等及び市町村に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

- 事故により利用者に損害が生じた場合は、その損害を賠償いたします。但し、当事業所に故意又は過失がない場合はこの限りではありません。
- 当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

### < 事故発生対応手順 >

- ① 事故発見者は、利用者の安全を確認し看護師を呼ぶ
- ② 看護師は次の事項を確認する
  - ・ 外傷の有無 ・ 痛みの有無 ・ 部位の確認
  - ・ バイタルサインの確認 ・ 事故の状況観察
- ③ 外傷・骨折等の疑いのない場合は安静にし、経過観察を行う。職員よりご家族等に状況及び対応を報告する
- ④ 外傷・骨折等の疑いのある場合は、施設長（医師）に報告する。医師の指示を確認し、実施する

## 1 2 損害賠償責任等

- 事業者は、サービスの提供に伴い、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について賠償する責任を負うものとします。但し、利用者およびその身元引受人等に故意又は過失が認められる場合、又は利用者に生じた損害の原因がサービスプランに設定されていない場合はこの限りではありません。
- 事業者は、利用者およびその身元引受人等が第9条に定める事項に反した場合、若しくは故意又は重大な過失によって他の利用者又は事業所が損害を被った場合、利用者にその相当額の賠償を求め、その身元引受人等については、保証限度額を限定として、その賠償を求めることができるものとします。
- 利用者は、自己の責に帰すべき事由により事業所及び職員に損害を与えた場合、その損害について賠償する責任を負います。
- 利用者が、正当な理由なく利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催促にも係わらずこれを支払わない場合、契約を終了し、利用者にその相当額の賠償を求め、連帯保証人については、保証限度額を限度とし、その賠償を求めることができるものとします。

## 1 3 苦情相談窓口

- サービスの提供について、当事業所の苦情相談窓口のほか、市や国民健康保険団体連合会の窓口にて苦情や相談を承ります。承った苦情や相談は、下記の手順にそって適切に対応します。なお、苦情の申し立てにより差別待遇を受けることは一切ありません。

### < 苦情解決手順 >

- ① 苦情や相談があった場合は直ちに利用者側から事情を聞き内容を確認する
- ② 受付担当は苦情や相談の内容を記録し、解決責任者に報告する
- ③ 解決責任者は受付担当及び他の従業員を加え苦情や相談の処理に向けた検討の場を設ける
- ④ 解決責任者は検討結果をまとめ、速やかに利用者側へ原因報告、解決策を提示する
- ⑤ 苦情や相談の経過記録を書面にて保存のうえ職員に伝達する

### < 苦情相談窓口 >

|                     |           |                                      |
|---------------------|-----------|--------------------------------------|
| 当施設の相談窓口            | 受 付 担 当   | 総合相談室                                |
|                     | 解 決 責 任 者 | 施 設 長 鈴木 修                           |
|                     | 電 話       | 0 5 3 8 - 6 7 - 1 7 5 5              |
|                     | ご 利 用 時 間 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0                  |
| i プラザ<br>(総合健康福祉会館) | 担 当 窓 口   | 高齢者支援課                               |
|                     | 住 所       | 磐田市国府台 57-7<br>(i プラザ(総合健康福祉会館) 3 階) |
|                     | 電 話       | 0 5 3 8 - 3 7 - 2 7 8 9              |
| 静岡県社会福祉協議会          | 担 当 窓 口   | 運営適正化委員会事務局                          |
|                     | 住 所       | 静岡市葵区駿府町 1 - 7 0                     |
|                     | 電 話       | 0 5 4 - 6 5 3 - 0 8 4 0              |
| 静岡県国民健康保険<br>団体連合会  | 担 当 窓 口   | 介護サービス苦情相談窓口                         |
|                     | 住 所       | 静岡市葵区春日 2 丁目 4 番 3 4 号               |
|                     | 電 話       | 0 5 4 - 2 5 3 - 5 5 9 0              |

## 1 4 非常災害対策

|        |                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画、または防災マニュアル等にとり対応を行います。また、災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定及び訓練を実施します。 |
| 防災訓練   | 日中、及び夜間を想定した避難・救出、その他必要な訓練を年 2 回以上行います。なお、訓練実施に当たっては利用者や地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。                             |
| 防災設備   | スプリンクラー・消火器・自動火災報知設備・ガス漏れ火災警報設備・避難用非常階段・誘導灯あり。                                                             |

## 1 5 協力医療機関

- 当事業所では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、ご利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。
- 事業所内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関と実効性のある連携体制を構築するために以下の要件を満たす協力医療機関を定めることとします。

※令和9年3月31日までは連携体制を構築していく期間とする。

- ① 入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること
- ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること
- ③ 入所者等の病状が急変した場合等において、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則受け入れること

|                                                                         |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 名称：磐田市立総合病院<br>住所：静岡県磐田市大久保512番地3<br>電話：0538-38-5000<br>※協定締結医療機関としても指定 | 名称：浜松デンタルクリニック<br>住所：静岡県浜松市浜名区貴布祢453-7<br>電話：053-584-3277 |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

※尚、協定締結医療機関とは新興感染症の発生時等の対応について協議も行うこととする。

## 1 6 その他連携機関

|                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 名称：介護老人保健施設 五幸ホーム<br>住所：静岡県磐田市大久保508-3<br>電話：0538-38-5511 | 名称：グループホーム 和らぎの家<br>住所：静岡県磐田市大久保508-24<br>電話：0538-38-6610 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

## 1 7 サービスの終了

- 次の場合にサービスは終了となります。

### (1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までにお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が2週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

### (2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、3週間前までに文書で通知します。

### (3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ① 利用者が医療機関、又は介護保険施設等へ入院又は入所した場合

- ② 利用者の要介護又は要支援状態区分が自立（非該当）となった場合
- ③ 利用者が死亡した場合

#### **（４）その他**

次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ① 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ② 事業者が、守秘義務に反した場合
- ③ 事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ④ 事業者が、倒産した場合
- ⑤ 利用者が契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合

次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ① 利用者の利用料等の支払いが２ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ② 利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
- ③ 伝染性疾患により、他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼす恐れがあると医師が認めた場合

### **1 8 秘密保持及び個人情報の保護**

- 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者、その身元引受人およびその連帯保証人の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者のケアプラン等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

### **1 9 身体拘束に関する事項**

- 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、隔離、薬剤投与、その他により利用者の行動制限は行いません。また

身体拘束等の適正化を図る為に以下の措置を講じます。

- ① 身体拘束、隔離、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限する場合  
事前に利用者又はその家族に対して行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について  
十分説明し、その様態及び期間・利用者の心身状況ならびに緊急やむを得ない理由を  
記録します。
- ② 身体拘束等の適正化の為に指針を整備します。
- ③ 身体拘束等の適正化の為に対策を検討する委員会を3ヶ月に1回以上開催し  
その結果について介護職員その他従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 介護職員、その他の従業者に対し身体拘束等の適正化の為に研修を定期的に  
実施します。

## 20 虐待防止に関する事項

- 事業所は利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。
  - ① 虐待防止の委員会を設置し虐待防止の指針を整備するとともに、話し合いの結果につまはては職員に周知していきます。
  - ② 従業者に対する虐待を防止するための研修を実施します。
  - ③ 利用者およびその身元引受人からの苦情処理体制を整備します。
  - ④ その他の虐待防止の為に必要な措置を適切に実施するための担当者を設置します。
- 事業所はサービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等、現に 養護する者）による虐待を受けたと思われる利用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。

## 21 感染症の予防、発生時に関する事項

- 事業所は、利用者に感染症が発生し、又はまん延しないための以下の措置を講じます。
  - ① 感染予防のための委員会を設置し感染予防、まん延防止の指針を整備します
  - ② 従業者に対する感染予防、まん延防止するための研修及び訓練を実施します
  - ③ 感染症が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修及び訓練を実施します。

## 22 ハラスメント対策に関する事項

- 介護現場で働く職員の安全確保と、安心して働き続けられる労働環境が築けるようにハラスメントの防止に向けて以下の措置を講じます。
  - ① ハラスメントの指針を整備し窓口を明確にするとともに、職員に周知していきます。
  - ② 従業者に対するハラスメントの基本的な考え方等について定期的な研修を実施します。
  - ③ 職員との面談や会議等の場を定期的に設け、ハラスメントの発生状況の把握に努めます。
  - ④ カスタマーハラスメントと判断された場合には、行為者に対し関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## **2 3 口腔衛生管理に関する事項**

- 事業所は、利用者口腔衛生管理のための以下の措置を講じます。
  - ① 施設職員又は歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設入所時及び入所後の定期的な口腔の健康状態の評価を実施します
  - ② 技術的助言及び指導又は口腔の健康状態の評価を行う歯科医師若しくは歯科医師の指示を受けた歯科衛生士との連携について、実施事項等を文書等で取り決めます

## **2 4 介護現場における生産性の向上に資する取組の促進に関する事項**

- 事業所は、介護現場における生産性の向上に資する取組の促進を図るために以下の措置を講じます。
  - ① 現場における課題を抽出及び分析した上で、事業所の状況に応じて、利用者の安全並びに介護サービスの質の確保、及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会を設置します

## **2 5 その他**

- ご不明な点、ご意見等ございましたらお気軽に職員までお申し出下さい。





以上の内容を証するため、甲および乙は署名または記名押印（署名の場合は押印省略）のうえ、本重要事項説明書を2通作成し、甲・乙が1通保有します。

年 月 日

（利用者 甲）

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、本契約を申し込みます。

|     |  |  |  |
|-----|--|--|--|
| 住 所 |  |  |  |
| 氏 名 |  |  |  |

（身元引受人）

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、身元引受人の責任についても理解し同意しました。

|      |     |       |           |
|------|-----|-------|-----------|
| 住 所  |     |       |           |
| 氏 名  |     | 続 柄   |           |
| 電話番号 |     | 保証限度額 | 100,000 円 |
| 勤務先  | 名 称 |       | 電 話 番 号   |

（連帯保証人）

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、連帯保証人の責任についても理解し同意しました。

|      |     |       |             |
|------|-----|-------|-------------|
| 住 所  |     |       |             |
| 氏 名  |     | 続 柄   |             |
| 電話番号 |     | 保証限度額 | 2,400,000 円 |
| 勤務先  | 名 称 |       | 電 話 番 号     |

連帯保証人がいない場合には、(株)イントラストとの間で保証委託契約を締結いただきます。

（後見人）

私は、以上の重要事項につき説明を受け、その内容を理解し、後見人の責任についても理解し同意しました。

|     |  |     |  |
|-----|--|-----|--|
| 住所  |  |     |  |
| 氏 名 |  | 続 柄 |  |

（事業者 乙）

本施設は、サービス提供開始にあたり以上の重要事項について説明しました。

住 所 静岡県磐田市大久保508-3  
事 業 者 医療法人社団 藤友五幸会  
代表者名 理事長 徳久 剛史 ㊞  
事業所名 介護老人保健施設 五洋の里  
(事業所番号) (2256980026)  
説明者氏名 相談員