

介護老人福祉施設サービス重要事項説明書

〈 令和 7年 1月 1日 現在 〉

1.お客様（被保険者）様

| | |
|-----------|--------------------------|
| 要介護状態区分 | 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 |
| 要介護認定有効期間 | 平成・令和 年 月 日から |
| 認定審査会意見 | |

2.事業者

| | |
|--------|-----------------|
| 事業所の名称 | 社会福祉法人 誠光会 |
| 所在地 | 北九州市八幡東区藤見町3番1号 |
| 代表者氏名 | 長谷川 稔 |
| 電話番号 | 093-663-2030 |
| FAX番号 | 093-663-2032 |

3.利用施設

| | |
|--------|-----------------|
| 事業所の名称 | 特別養護老人ホーム 誠光園 |
| 所在地 | 北九州市八幡東区藤見町3番1号 |
| 管理者氏名 | 今井 丈二 |
| 電話番号 | 093-663-2030 |
| FAX番号 | 093-663-2032 |

4.事業の目的と運営方針等

(1) 事業目的

身体的または、精神的に障害があるために日常生活の大半において、介護が必要な高齢者の方を家族に代わって介護させていただきます。

(2) 運営方針

1. お客様へのサービス向上
2. 職員の資質の向上
3. 地域福祉の増進

(3) サービスの特徴

お客様の有する能力、おかれている環境等の評価に基づき、自立した日常生活が送れるサービスを提供します。

5.ご利用施設で実施する事業

| 事業の種類 | 事業指定 | | 定員 | 備考 | |
|----------|--------------------|-----------|---------------------|-----|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | | | |
| 施設 | 特別養護老人ホーム | 令和2年4月1日 | 北九州市 4070600160号 | 60人 | 施設許可 |
| | 地域密着型 特別養護老人ホーム | 平成28年4月1日 | 北九州市 4090600067号 | 29人 | 施設許可 |
| 居宅 | 一般型通所介護 | 令和2年4月1日 | 北九州市 4070600152号 | 35人 | |
| | 短期入所生活介護 | 令和2年4月1日 | 北九州市 4070600160号 | 10人 | |
| 居宅介護支援事業 | | 令和2年4月1日 | 北九州市 4070600129号 | | |

6. 施設の概要

特別養護老人ホーム

| | | |
|----|-------|-------------------------|
| 敷地 | | 3,538.61 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造4階建（耐火建築） |
| | 延べ床面積 | 3,621.31 m ² |
| | 利用定員 | 70人（うち、短期入所10人） |

(1) 居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人当たりの面積 |
|-------|-----|----------------------|---------------------|
| 1人部屋 | 8室 | 153.8 m ² | 19.2 m ² |
| 2人部屋 | 3室 | 96.5 m ² | 16.0 m ² |
| 4人部屋 | 14室 | 661.4 m ² | 11.8 m ² |

※ 指定基準は、居室1人当たり 10.65 m²

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数等 | 面積 | 1人当たり面積 |
|-------|---------|--------------------------|--------------------|
| 食堂 | 2室 | 210.0 m ² | 3.0 m ² |
| 機能訓練室 | 1室 | 94.3 m ² | 1.3 m ² |
| 一般浴室 | 1室 | 48.2 m ² | 1.3 m ² |
| 個人浴室 | 3槽（ひのき） | 46.4 m ² | 1.3 m ² |
| 機械浴 | 特殊浴槽 | (2台) 80.5 m ² | 1.1 m ² |
| 医務室 | 1室 | 48.5 m ² | 0.7 m ² |
| デイルーム | 1箇所 | 37.5 m ² | 0.5 m ² |

※ 食事の指定基準は、居室1人当たり 3.00 m²

7. 職員の勤務構成

| 職種 | 員数 | 区分 | | 業務内容 |
|---------|------|------|-----|----------|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 施設長 | 1 | 1 | | 業務の一元的管理 |
| 生活相談員 | 1以上 | 2 | | 生活相談 |
| 介護職員 | 17以上 | 17以上 | | 介護業務 |
| 看護職員 | 3以上 | 3以上 | | 健康、衛生管理 |
| 機能訓練指導員 | 1以上 | 1 | | 機能回復訓練 |
| 介護支援専門員 | 1以上 | 1以上 | | ケアプランの作成 |
| 医師 | 1 | | 1 | 回診での早期発見 |
| 栄養士 | 1以上 | 1 | | 食品・衛生管理 |

8. 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|-------|---|
| 施設長 | 正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 |
| 生活相談員 | 正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 |
| 介護職員 | 早出（7：30～16：30） 早1（8：00～17：00） 早2（8：15～17：15） 中出（8：30～17：30） 遅出1（9：30～18：45） 遅出2（10：00～19：00） 夜勤（17：00～9：30） |

| | |
|---------|--|
| 看護職員 | 早出 (7:30~16:30) 早1 (8:00~17:00) 早3 (7:00~16:00) 中出 (8:30~17:30) 遅出 (9:30~18:45) 夜間帯は、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。 |
| 機能訓練指導員 | 8:30~17:30 作業療法士が行います。 |
| 介護支援専門員 | 正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務 |
| 医師 | 火曜日 11:00~12:00 まで勤務します。 |
| | 金曜日 13:00~14:00 まで勤務します。 |
| 栄養士 | 正規勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務 |

9.施設サービスの概要

(1) 法定給付サービス

| 概要 | 内容 |
|------------|---|
| 食事 | 栄養士の立てる献立表により、栄養とお客様の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供し、栄養管理と口腔衛生管理を行います。 |
| 排泄 | お客様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。 |
| 入浴 | 年間を通じて週2回以上の入浴または、清拭を行います。 |
| 離床、着替え、整容等 | 寝たきり防止のため、出来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なうよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容・口腔保清が行われるよう援助をします。リネン交換は、週1回実施します。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員によるお客様の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。 当施設の保有するリハビリ器具 歩行器・湿熱治療器・平行棒・滑車 |
| 健康管理 | 嘱託医師により、週2回診察日を設けて健康管理に努めます。 服薬の管理は看護職員が責任を持って実施します。 また、緊急等必要な場合には、主治医あるいは、協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。 お客様が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 当施設の嘱託医 診療所：西野病院 医師名：阿部和明 診察日：毎週 火曜日 11:00~12:00 金曜日 13:00~14:00 |
| 相談及び援助 | 当施設は、お客様及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行う様に努めます。 お客様の施設介護サービスが作成される間についても、当然お客様がその有する能力に応じて自立した日常生活が送れるよう適切な各種介護サービスを提供します。 |
| 社会生活の便宜 | 当施設では、必要な教養娯楽設備を整える共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜、レクリエーション行事を企画します。 主な娯楽設備 喫茶コーナー、カラオケ、プロジェクター 主なレクリエーション行事 夏祭り、運動会、敬老会、誕生会、クリスマス会、忘年会 買物、バスハイク、折り紙教室、お花見、レストラン他 主なクラブ活動 散歩、料理、製作、美容、映画、ガーデニング他 |

(2) その他

| | |
|-------------|------------------------|
| 介護報酬に関連する記録 | 保険給付の支払日から5年間保管します。 |
| その他の記録 | 完結日から2年間保存します。 |
| サービス提供記録の閲覧 | 土、日曜日・祝日を除く毎日午前9時～午後5時 |

10.施設サービス計画作成までのサービス

施設サービス計画が作成されるまでの間、日常生活が送れるように適切な各種介護サービスを提供します。施設サービス計画は長くとも6ヶ月毎、または必要なサービスの変更に応じて、適宜見直します。

11.お客様負担金

① 施設サービス費（1日あたりの自己負担額）

介護保険制度では要介護認定による要介護度によって異なります。

下記の料金には地域加算、介護職員処遇改善加算Ⅰ（1.4%）

介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ（2.7%）介護職員等ベースアップ加算等（1.6%）を含みません。（令和6年6月より改定予定）

| 要介護度区分 | 多床室 | 個室 |
|--------|---------|---------|
| | 利用単位数/日 | 利用単位数/日 |
| 要介護度 1 | 589 単位 | 589 単位 |
| 要介護度 2 | 659 単位 | 659 単位 |
| 要介護度 3 | 732 単位 | 732 単位 |
| 要介護度 4 | 802 単位 | 802 単位 |
| 要介護度 5 | 871 単位 | 871 単位 |

※介護サービスを受ける場合は、介護保険負担割合証または、被保険者証などの自己負担割合の額に応じた支払いを受けるものとします。

※介護保険によるお客様負担額減額・免除等認定証を受けているときは、その認定に基づく支払を受けるものとします。

（注意）介護給付算定に係る体制等に関する届け出に基づき、認定するものとします。加算の変更時には、別紙料金の同意書にて負担金額の変更のお知らせを行うものとする。

介護保険の加算料金

※加算を算定する場合、必要な人員配置は満たしています。

※加算の仕組み上、施設退居後に費用請求が発生する場合がございます。ご了承ください。

※以下、加算の算定要件の変更に伴い、算定内容が変わることがございます。

介護保険の加算料金

| 介護保険加算 | 加算単位数 | 内容 |
|--------------------------------|--|---|
| 配置医師 緊急時対応加算 | 650 単位/回 (早朝、夜間の場合) 1,300 単位/回 (深夜の場合) | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び医師との連携方法や診察を依頼するタイミングなどについて具体的な取り決めがあること。 ・複数名の医師を置いている若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、24 時間対応できる体制を確保していること。 ・看護体制加算Ⅱを算定していること。 ・早朝・夜間又は深夜に施設訪問し、診療を行う必要があった理由を記録していること。 |
| 配置医師の通常の勤務時間外の場合（早朝・夜間及び深夜を除く） | 325 単位/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・配置医師の通常の勤務時間外に施設を訪問して、入所者に対して診療を行った理由を記録すること。 |
| 協力医療機関連携加算 | 協力医療機関との間で入所者等の同意を得て、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催していること。 | |
| | 100 単位/月 (令和 7 年 3 月 31 日まで) 50 単位/月 (令和 7 年 4 月 1 日以降) | 協力医療機関が下記の①～③の要件を満たす場合 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おこなう体制を常時確保していること。 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。 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。 |
| | 5 単位/月 | 上記以外の協力医療機関と連携している場合 |
| 特別通院送迎加算 | 594 単位/月 | 透析を要する入所者であって、その家族や通院等による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 月に 12 回以上、通院の為送迎を行った場合 |
| 退所時情報提供加算 | 250 単位/回 | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する。 |
| 退所時栄養情報連携加算 | 70 単位/回 | 厚労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に対して、管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合 |

| | | |
|----------------------------------|--------------------|---|
| 在宅サービスを利用したときの費用 | 560 単位／日 | 入所者に対して居宅における外泊を認め、当該入所者が、介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合、1月に6日を限度として算定される ・外泊の初日及び最終日は算定できない ・外泊時費用を算定している際には、併算定できない |
| 在宅復帰支援機能加算 | 10 単位／日 | 入所者の退所後に指定居宅介護支援事業者に必要な情報の提供、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合。 |
| 日常生活継続支援加算(Ⅱ) | 36 単位／日 | 算定月から前6ヶ月間もしくは12ヶ月間に新規に入所された方のうち、要介護4～5の割合が70%以上又は認知症日常生活自立度がⅢ以上の割合が65%以上であり、介護福祉士を入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置している。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | 22 単位／日 | 以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が80%以上であること ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 18 単位／日 | 介護福祉士が60%以上であること。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | 6 単位／日 | 以下いずれかに該当すること。 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員が75%以上 ③勤続7年以上30%以上 |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 40 単位／月 50 単位／月 | 以下のいずれの要件も満たすことを求める。 ①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(科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では、加えて疾病の状況等の情報を、厚生労働省に提出していること。 ②必要に応じてサービス計画を見直すなど、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こと。 |
| 自立支援促進加算 | 280 単位／月 | 以下の要件を満たすこと。 ①医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加する。 ②医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要であるとされた人毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の人が共同して、自立支援の支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施する。 ③イの医学的評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者ごとに支援計画を見直す。 ④イの医学的評価の結果等を厚生労働省に提出し、当該情報その他自立支援促進の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。 |

| | | |
|--|-----------------------------|--|
| <p>看護体制加算（Ⅰ）ロ 看護体制加算（Ⅱ）ロ</p> | <p>4 単位／日 8 単位／日</p> | <p>常勤の看護師を 1 名以上配置している。 常勤の看護職員を配置基準の 2 以上配置している。</p> |
| <p>生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）</p> | <p>100 単位／月 10 単位／月</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 職員間の適切な役割分担（いわゆる介護助手の活用等）の取組等を行っていること。 ・1 年以内ごとに 1 回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行う事。 ・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うこと。 |
| <p>栄養マネジメント強化加算</p> | <p>11 単位／日</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数を 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し、給食管理を行っている場合は 70）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（ミールラウト）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。 ・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。 |
| <p>夜勤職員配置加算（Ⅰ）ロ</p> | <p>13 単位／日</p> | <p>17 時～9 時までの間最低基準を 1 以上上回っている。 <見守り機器を導入した場合の要件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員の最低基準+0.9 名分人数を多く配置 ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の 15%以上に設置 ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること |
| <p>夜勤職員配置加算（Ⅲ）ロ</p> | <p>16 単位／日</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・17 時～9 時までの間、最低基準を 1 以上上回っていること ・夜勤時間帯を通じて、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こと（この場合、登録喀痰吸引等事業者として都道府県の登録が必要） <p><見守り機器を導入した場合の要件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤職員の最低基準+0.9 名分人数を多く配置 ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の 15%以上に設置 ・施設内に見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われていること |

| | | |
|-----------------|----------|--|
| 認知症チームケア推進加算(Ⅰ) | 150 単位/月 | <p>(1) 事業所又は施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上</p> <p>(2) 認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応（以下「予防等」という）に資する認知症介護の指導に係る専門的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成る認知症の行動・心理症状に対するチームを組んでいること</p> <p>(3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること</p> <p>(4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直しをおこなっていること</p> |
| 認知症チームケア推進加算(Ⅱ) | 120 単位/月 | <ul style="list-style-type: none"> ・(Ⅰ)の(1)(3)(4)に掲げる基準に適合すること ・認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護に係る専門的な研修を修了している物を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対するチームを組んでいること |
| 外泊時加算 | 246 単位/日 | 入院及び外泊の場合6日を限度として加算。ただし入院・外泊の初日及び末日のご負担はありません。 |
| 初期加算 | 30 単位/日 | 入所日から30日に限り加算。 |
| 療養食加算 | 6 単位/回 | 医師の食事せんに基づく療養食を提供した場合。 ※1日につき3回を限度。 |
| 安全対策体制加算 | 20 単位/回 | 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こと。 ※将来的な事故報告の標準化による情報蓄積と有効活用等の検討に資するため、国で報告様式を作成し周知する。 |
| 再入所時栄養連携加算 | 200 単位/回 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険施設の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であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回限り算定できること ・栄養マネジメント加算を算定していること |
| 在宅・入所相互利用加算 | 40 単位/日 | 複数人があらかじめ在宅期間及び入所期間（3ヶ月が上限）を定め同一の個室を計画的に使用した場合。 （要介護以上のお客様のみ） |

| | | |
|-----------------------|----------|--|
| 高齢者施設等 感染対策向上加算（Ⅰ） | 10 単位／月 | <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時応の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること。 ・診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に1年に1回以上参加していること。 |
| 高齢者施設等 感染対策向上加算（Ⅱ） | 5 単位／月 | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、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こと。 |
| 口腔衛生管理加算（Ⅰ） | 90 単位／月 | <ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行うこと ・歯科衛生士が、当該入所者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を及び指導を行うこと ・歯科衛生士が、当該入所者に係る口腔に関し、介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ） | 110 単位／月 | ・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ていること。 |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 3 単位／日 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者の1/2以上。 ・認知症介護実践者リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上を配置し、20人以上の場合は10又はその端数を増すごとに1名以上配置。 ・職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 12 単位／日 | 個別機能訓練計画書に基づいて、機能訓練指導員が計画的な個別機能訓練を行った場合。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20 単位／月 | 個別機能訓練加算（Ⅰ）を算定している入所者について、個別機能訓練計画の内容等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当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用すること。 |
| 個別機能訓練加算（Ⅲ） | 20 単位／月 | <ul style="list-style-type: none"> ・個別機能訓練加算（Ⅱ）を算定していること ・口腔衛生管理加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定していること ・入所者ごとに、理学療法士等が、個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること ・共有した情報を踏まえ、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、理学療法士等の関係職種間で共有していること。 |

| | | |
|-------------|---|---|
| 経口移行加算 | 28 単位／日 | 経管により食事を摂取する入所者が、経口摂取をすすめるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合。 |
| 経口維持加算（Ⅰ） | 400 単位／月 | 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき多職種の方が共同して、栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、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ている場合であって、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に算定。 |
| 経口維持加算（Ⅱ） | 100 単位／月 | 経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に算定。 ※（Ⅰ）を算定していない場合は算定しない。 |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 単位／日 | 入所者等が厚労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、且つ、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上で、該当する介護サービスを行った場合。 |
| 看取り介護加算（Ⅰ） | 144 単位／日 （死亡日以前 4 日～30 日） 680 単位／日 （死亡日の前日 及び前々日） 1,280 単位／日 （死亡日） | 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者 医師、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同で作成した入所者の介護に係る計画について、医師等のうちその内容に応じた適当な者から説明を受け、当該計画について同意している者 看取りに関する指針に基づき、入所者の状態又は家族の求めに応じ随時、医師等の相互の連携の下、介護記録等入所者に関する記録を活用し行われる介護についての説明を受け、同意した上で介護を受けている者 |
| 看取り介護加算（Ⅱ） | 144 単位／日 （死亡日以前 4 日～30 日） 780 単位／日 （死亡日の前日 及び前々日） 1,580 単位／日 （死亡日） | 「配置医師緊急時対応加算」における要件のうち、以下 1～4 に示した医療提供体制を整備し、さらに施設内で看取った場合 1、入所者に対する緊急時の注意事項や病状等についての情報共有の方法及び曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法や診察を依頼するタイミングなどについて、配置医師と施設の間で、具体的な取り決めがなされていること。 2、複数名の配置医師を置いていること、若しくは配置医師と協力医療機関の医師が連携し、施設の求めに応じて 24 時間対応できる体制を確保していること 3、上記の内容につき届け出を行っていること 4、看護体制加算（Ⅱ）を算定していること |

| | | |
|---|---|--|
| <p>生活機能向上連携加算（Ⅰ） 生活機能向上連携加算（Ⅱ）</p> | <p>100 単位／月 200 単位／月 ※個別機能訓練加算を算定している場合は 100 単位／月</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数 200 床未満のものまたは当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士等や医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること。 ・理学療法士等や医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場または ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。 <p>生活機能向上連携加算（Ⅱ）では、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合または、リハビリテーションを実施している医療提供施設（病院にあっては、許可病床数 200 床未満のもの又は当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合に算定。 |
| <p>排せつ支援加算（Ⅰ） 排せつ支援加算（Ⅱ） 排せつ支援加算（Ⅲ）</p> | <p>10 単位／月 15 単位／月 20 単位／月</p> | <p>イ 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、医師または医師と連携した看護師が施設入所時等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、排せつ支援に当たって当該情報等を活用する。</p> <p>ロ イの評価の結果、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる人について、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施する。</p> <p>ハ イの評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回、入所者等ごとに支援計画を見直す。</p> <p>排せつ支援加算（Ⅱ）では、</p> <p>（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、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こと。又は施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。</p> <p>排せつ支援加算（Ⅲ）では、</p> <p>（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、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こと。</p> |

| | | |
|--|----------------------------|--|
| <p>褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)</p> | <p>3 単位／月 13 単位／月</p> | <p>イ 入所者又は利用者ごとに、施設入所時又は利用開始時に褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価し、その後少なくとも3月に1回、評価をすること</p> <p>ロ イの確認及び評価の結果等の情報を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって、当該情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用していること。</p> <p>ハ イの確認の結果、褥瘡が認められ、又はイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者又は利用者ごとに、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員その他の職種のもものが共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。</p> <p>ニ 入所者又は利用者毎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又は利用者の状態について定期的に記録していること。</p> <p>ホ イの評価に基づき、少なくとも3月に1回、入所者又は利用者ごとに褥瘡ケア計画を見直すこと。</p> <p>褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)では、 (Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、施設入所時等の評価の結果、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒したこと、又は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。</p> |
| <p>ADL維持等加算(Ⅰ) ADL維持等加算(Ⅱ)</p> | <p>30 単位／月 60 単位／月</p> | <p>以下の要件を満たすこと。</p> <p>イ 利用者(評価対象利用期間が6月を超える者)の総数が10人以上であること。</p> <p>ハ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目(6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月)において、Barthel Indexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出していること。</p> <p>ロ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値(調整済ADL利得)について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。</p> <p>ADL維持等加算(Ⅱ)では、 ・ADL維持等加算(Ⅰ)のイとロの要件を満たすこと。 ・評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。</p> |

| | | |
|--|--------------------|--|
| 身体拘束廃止未実施減算 | 所定単位数から 10%/日減算 | 身体的拘束等の適正化を図るため、以下の措置を講じなければならないこととする <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、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ること ・身体拘束等の適正化のための指針を整備する ・身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する |
| 退所前 訪問相談援助加算 | 460 単位 | 入所期間が1ヶ月を超える入所者の退所に先立って介護支援専門員等が居宅を訪問し、入所者及び家族に対して退所後のサービスについて相談援助を行った場合に入所中1回のみ加算。 |
| 退所後 訪問相談援助加算 | 460 単位 | 入所者の退所後、30日以内に入所者の居宅を訪問し、入所者及び家族に相談援助を行った場合に退所後1回のみ加算。 |
| 退所時相談援助加算 | 400 単位 | 退所時に入所者や家族等に相談援助を行い、かつ居宅サービスに必要な情報提供を行った場合に退所時1回のみ加算。 |
| 退所前連携加算 | 500 単位 | 退所に先立って指定居宅介護支援事業所に対して、入所者の同意の基、文書を添えて入所者に関わる居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ指定居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に退所時1回のみ加算。 |
| 介護職員処遇改善加算 介護職員等 特定処遇改善加算 ベースアップ等加算 | | (Ⅰ)：所定単位数の8.3%を加算 (Ⅱ)：所定単位数の6.0%を加算 (Ⅲ)：所定単位数の3.3%を加算 (Ⅰ)：所定単位数の2.7%を加算 (Ⅱ)：所定単位数の2.3%を加算 所定単位数の1.6%を加算 |
| 業務継続計画未実施減算 | 所定単位数の 3.0%を減算 | <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること ※令和7年3月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。 |

※お客様負担段階の設定

| お客様負担段階 | 対象者の例 |
|---------|---|
| 第1段階 | ・ 市民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者 ・ 生活保護受給者 |
| 第2段階 | ・ 市民税世帯非課税者であって、資産要件を満たす者 ・ 合計所得金額+年金収入額が80万以下の者 |
| 第3段階 | ・ 市民税世帯非課税者であって、資産要件を満たす者 ・ お客様負担第2段階該当者以外の者 |
| 第4段階 | ・ 上記以外の者 |

(1) 居住費・食費（介護保険給付対象外）

居住費（滞在費）（1日あたりの自己負担額）

居住費・食費は所得や課税状況などに応じて料金が異なります。

| お客様負担段階 | 第4段階 (基準額) | 第3段階② | 第3段階① | 第2段階 | 第1段階 |
|-----------------|---------------|-------|-------|------|------|
| 多床室（光熱水費） | 915円 | 430円 | 430円 | 430円 | 0円 |
| 個室 (光熱水費+室料) | 1,231円 | 880円 | 880円 | 480円 | 380円 |

* お客様が介護保険負担限度額認定書を受けているときは、その認定に基づく支払いを受けるものとします。

* 入院、外泊期間中はその認定に基づいた居住費がかかります。

入院、外泊期間中は7日目より居室確保料金が発生します。

(利用居室に応じて個室1,231円/日が別途算定されます。

この算定は全お客様に適用となります。)

<食事の負担金>

| 段階区分 | 第4段階(基本) | 第3段階② | 第3段階① | 第2段階 | 第1段階 |
|--------|----------|--------|-------|------|------|
| 食費の負担額 | 1,445円 | 1,360円 | 650円 | 390円 | 300円 |

※基準額食費内訳

| 種類 | お客様負担金 | 備考 |
|----|--------|--------------------------|
| 朝食 | 395円 | 朝食のキャンセルは 前日午後17:00まで |
| 昼食 | 530円 | 昼食のキャンセルは 当日午前10:00まで |
| 夕食 | 520円 | 夕食のキャンセルは 当日午後16:00まで |

* 「食費」について、朝食は前日午後17:00まで、昼食は当日午前10:00まで、夕食は当日午後16:00までにキャンセルをさせていただけなかった場合は、お客様負担金を徴収することになりますので予めご了承ください。

* 尚、ご入院や病院受診等によりキャンセルが間に合わず、食事を食べなくてもお客様負担金を徴収する場合がございますので予めご了承ください。そのため、外出や外泊の際は、事前にご連絡をお願いいたします。

* 介護保険制度改正や介護報酬改定に伴い、料金の負担が変わる場合があります。その都度料金同意書等で説明をおこなうものといたします。

- ① 施設はお客様が支払うべき介護保険給付サービスに要した費用について、お客様が介護サービス費として市町村から支給を受ける額の限度において、お客様に代わって市町村から支払を受けます。（「法定代理受領サービス」といいます。）
- ② 介護保険の適用を受けるサービスの場合は、介護保険負担割合証または、被保険者証などの自己負担額の割合に応じた支払を受けるものとします。
- ③ 介護保険料を一定期間滞納すると、その期間に応じて「償還払い」「保険給付の一時差し止め」「1割負担から3割負担」の保険給付の制限を行う場合があります。

(2) 介護保険給付外サービス

| サービスの種類 | 内容 |
|---------------------------|--|
| 理容・美容 | (偶数月) 第3火曜日、第2水曜日、第4月曜日 (奇数月) 第3火曜日、第4月曜日 美容院・理容院による出張サービスをご利用いただけます。 <金額> 洗髪のみ…………… 200円 顔剃りのみ…………… 600円 カットのみ…………… 1,200円～1,500円 カット(顔剃り含む) …… 1,500円～1,800円 カット・毛染め(顔剃り含む) …… 4,500円 カット・パーマ(顔剃り含む) …… 4,500円～5,500円 |
| 日常生活に要する費用等 本人の負担となるもの | 日常生活に要した費用の実費 日常生活用品の購入代金 個人的な創作費用 クリーニング代(施設以外の依頼の分) 毛布の洗濯代(1回1,000円税込み) インフルエンザ予防接種や写真等 個人専用の家電製品 ※実費相当の電気使用代が必要 |

(3) お支払い方法

入居の際、当園で引落をさせていただき通帳を当園指定(福岡銀行八幡支店)の金融機関にてご本人名義の通帳を作成していただき、その通帳によりお客様負担金等の経費を引き落とします。当月分を翌月25日(金融機関休日は翌営業日)に引き落としますので、当月末日までに通帳へご入金願います。

(4) 領収書の発行

お客様からお支払いを受けたときは領収書を発行します。

12. 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------|---|------|-----------|------|
| 非常時対応 | 別途定める「特別養護老人ホーム誠光園 消防計画」に則り対応 | | | |
| 近隣との協力関係 | 藤見町内会等と近隣防災計画協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別途定める「特別養護老人ホーム誠光園 消防計画」に則り年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練等を入居の方にも参加して実施しています。 施設は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | 有 | 防火扉・シャッター | 16箇所 |
| | 避難用滑り台 | 1箇所 | 屋内消火栓 | 有 |
| | 自動火災報知器 | 有 | 非常通報装置 | 有 |
| | 誘導灯 | 25箇所 | 漏電火災報知器 | 無 |
| | ガス漏れ報知器 | 有 | 非常用電源 | 有 |
| | カーテン布団等は防災性能のあるものを使用しております。 | | | |
| 消防計画等 | 消防署への提出日：令和4年6月21日 防火管理者：新野真也 | | | |

13. 身体拘束の適正化

1 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を3月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

2 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。

13-1. 衛生管理

1 従業者は、設備等の衛生管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適切に行います。

2 感染症又は食中毒の発生防止及びまん延防止のために必要な措置を講じます。

3 感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催するとともに、指針を整備し、定期的に研修を行い（年2回以上）、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ることとします。

13-2. 虐待防止のための措置に関する事項

（虐待の防止のための措置に関する事項）

1 施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

2 施設における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ります。

3 施設における虐待の防止のための指針を整備します。

4 施設において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

5 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

14.協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 名称 | 医療法人 ふらて会 西野病院 |
| 医院長名 | 西野 憲史 |
| 所在地 | 北九州市八幡東区山路松尾町 13 番 27 号 |
| 電話番号 | 093 (653) 2122 |
| 診療科 | 内科・整形外科 |
| 入院設備 | ベッド数 120 床 |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | お客様・新規お客様の健康管理、随時診察の協力、救急を要する対応 入院治療を要する手続き 緊急時に入院するベッド確保の協力 24 時間等緊急異常者の措置の協力 新入社員の健康状況チェックの実施 死亡確認の協力、リハビリテーション、その他 |

| | |
|---------|--|
| 名称 | 医療法人 医和基会 戸畑総合病院 |
| 医院長名 | 齋藤 和義 |
| 所在地 | 北九州市戸畑区福柳木 1 丁目 3-33 |
| 電話番号 | 093 (871) 2760 |
| 診療科 | 内科・循環器内科・呼吸器内科・外科・消化器外科・呼吸器外科・整形外科・ 形成外科・小児科・産婦人科・眼科・脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・歯科・ 歯科口腔外科 |
| 入院設備 | 有 |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | 随時診察の協力、救急を要する対応、入院治療を要する手続き 緊急時に入院するベッド確保の協力 24 時間当緊急対応の協力 その他 |

| | |
|---------|--|
| 名称 | 地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立八幡病院 |
| 医院長名 | 岡本 好司 |
| 所在地 | 北九州市八幡東区尾倉 2 丁目 6 番 2 号 |
| 電話番号 | 093 (662) 6565 |
| 診療科 | 内科・循環器内科・呼吸器内科・外科・小児外科・消化器外科・呼吸器外科・ 整形外科・リハビリテーション科・形成外科・麻酔科・小児科・婦人科・眼科・ 脳神経外科・皮膚科・泌尿器科・歯科・精神科・耳鼻咽喉科・頭頸部外科・放 射線科・救急科・臨床検査科・救命救急センター・小児血液・腫瘍内科・小児 神経内科・小児救急センター・消化器肝臓病センター・災害医療研修センター・ 小児臨床超音波センター |
| 入院設備 | 有 |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | 随時診察の協力、救急を要する対応、入院治療を要する手続き 緊急時に入院するベッド確保の協力 24 時間当緊急対応の協力 その他 |

★14-1.協力歯科機関

| | |
|---------|--|
| 名称 | 医療法人 宝歯会 かじわら歯科医院 |
| 医院長名 | 梶原 浩喜 |
| 所在地 | 北九州市若松区下原町 1-1 |
| 電話番号 | 093 (771) 8604 |
| 診療科 | 歯科 |
| 入院設備 | 無 |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | 歯科診療を必要とするお客様に対して、予防も含め歯科診療を行う。 その際、歯科診療内容（疾患名、治療計画等）を提示する。 必要に応じて家族にも説明報告をする。 |

| | |
|---------|--|
| 名称 | 医療法人社団 つばき会 小倉デンタルクリニック |
| 医院長名 | 尾川 幸雄 |
| 所在地 | 北九州市小倉北区香春口 2 丁目 10-8 足立興産ビル 102 号 |
| 電話番号 | 093 (932) 1718 |
| 診療科 | 歯科 |
| 入院設備 | 無 |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | 歯科診療を必要とするお客様に対して、予防も含め歯科診療を行う。 その際、歯科診療内容（疾患名、治療計画等）を提示する。 必要に応じて家族にも説明報告をする。 |

| | |
|---------|--|
| 名称 | 訪問歯科診療所 さくら |
| 医院長名 | 今村 宏 |
| 所在地 | 北九州市八幡西区河桃町 10-17 |
| 電話番号 | 093 (661) 3861 |
| 診療科 | 歯科 |
| 入院設備 | 無 |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | 歯科診療を必要とするお客様に対して、予防も含め歯科診療を行う。 その際、歯科診療内容（疾患名、治療計画等）を提示する。 必要に応じて家族にも説明報告をする。 |

★14-2.協力眼科機関

| | |
|---------|---|
| 名称 | 三村眼科医院 |
| 医院長名 | 仙石 昭仁 |
| 所在地 | 北九州市小倉北区堅町 2 丁目 6-11 |
| 電話番号 | 093 (561) 7905 |
| 診療科 | 眼科 |
| 入院設備 | 有 |
| 救急指定の有無 | 無 |
| 契約の概要 | 眼科診療を必要とするお客様に対して、予防も含め眼科診療を行う。 必要に応じて家族にも説明報告をする。 |

15. 事業継続計画の策定等

事業継続計画の策定等にあたり、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、事業継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

15-1. 運営に関する留意事項

1 施設は、全ての従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じるものとします。

2 施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

16. 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

| | |
|-----------|---|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者：新野・田邊 ご利用時間：平日午前9時～午後5時 ご利用方法：電話 093（663）2030 来園 苦情箱（施設受付窓口に設置） |
| 第三者委員会 | 八幡東区枝光一区まちづくり協議会副会長 永田 恭子 様：電話 070-2416-9488 神野 みどり 様：電話 093-661-2786 |
| 施設長 | 今井 丈二：電話 090（2853）1787 |

★公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

| | |
|-------------------|---|
| 保健福祉課 (介護保険担当) | 【八幡東区】 所在地：〒805-8510 北九州市八幡東区中央1-1-1 電話番号：093（671）6885 FAX番号：093（662）2781 【八幡西区】 所在地：〒806-8510 北九州市八幡西区黒崎3丁目15-3 電話番号：093（642）1446 FAX番号：093（642）2941 【戸畑区】 所在地：〒804-8510 北九州市戸畑区千防1-1-1 電話番号：093（871）1505 FAX番号：093（881）5353 【小倉北区】 所在地：〒803-8510 北九州市小倉北区大手町1-1 電話番号：093（582）3433 FAX番号：093（562）1382 【小倉南区】 所在地：〒802-8510 北九州市小倉南区若園5-1-2 電話番号：093（951）4127 FAX番号：093（923）0520 |
|-------------------|---|

各区対応時間
原則平日午前8時30分
～午後5時

| | |
|-----------------------------|--|
| | 【若松区】 所在地：〒808-8510 北九州市若松区浜町 1-1-1 電話番号：093（761）4046 FAX 番号：093（751）2344 【門司区】 所在地：〒801-8510 北九州市門司区清滝 1-1-1 電話番号：093（331）1894 FAX 番号：093（321）4802 |
| 福岡県 国民健康保険団体連合会 (国保連) | 所在地：福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号：092（642）7859 FAX 番号：092（642）7857 対応時間：平日午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 |
| 福岡県運営適正化委員会 (福岡県社協) | 所在地：春日市原町 3-1-7 クローバープラザ 6 階（西棟） 電話番号：092（915）3511 FAX 番号：092（915）3512 対応時間：午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 （休日：第 1・2・3 月曜 ※祝日の時は翌日が休日） |

★成年後見制度・権利擁護においても、次の機関において相談ができます。

| | |
|-----------------------------------|--|
| 成年後見制度 福岡家庭裁判所小倉支部 家事受付センター | 所在地：北九州市小倉北区金田一丁目 4 番 1 号 電話番号：093（561）3431 対応時間：平日午前 9 時 ～ 11 時 午後 1 時 ～ 午後 4 時 30 分 |
| 権利擁護センター 「らいと」 | 所在地：北九州市戸畑区汐井町 1 番 6 号 ウェル「とばた」内 3 階 電話番号：093（882）4914 FAX 番号：093（882）2266 対応時間：平日午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 |

17.事故発生時の対応

万が一施設利用中事故が発生した場合は、速やかに応急処置を行うと共に、ご家族・市町村に連絡します。ご家族の指示によってかかりつけ医・協力病院・救急医療センターに相談・受診等の対応を行いますので、予め、緊急時の連絡先を担当者にお伝えください。事故発生の防止のための委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を設置し、指針に基づき、安全管理の徹底を行い、定期的（年2回以上）に施設内職員研修を実施することとします。上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

18.損害賠償責任保険

| | |
|---------|-------------------|
| 保 険 会 社 | あいおいニッセイ同和損害保険(株) |
| 保 険 内 容 | 人身事故、財物事故等 |

19.提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | | |
|-------------|---|----------------------------|
| 第三者評価の実施状況 | 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 実施した直近の年月日 | | |
| 実施した評価機関の名称 | | |
| 評価結果の開示状況 | 無 | |

介護老人福祉施設サービスの開始にあたり、お客様に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉所在地 北九州市八幡東区藤見町3番1号

事業所名 社会福祉法人 誠光会
特別養護老人ホーム 誠光園

代表者名 施設長 今井 丈二 印
(指定番号4070600160号)

〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 誠光園

氏名 生活相談員 中町 実香 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設サービスについて重要な説明を受けました。

〈お客様〉

所在地 _____

氏名 _____ 印

〈ご家族〉

所在地 _____

氏名 _____ 印

続柄（お客様との関係） _____

個人情報の使用に係る同意書

社会福祉法人 誠光会が、お客様及び家族の個人情報を以下の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または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じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) お客様に関わる介護計画（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
- (3) 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
- (4) お客様が、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
- (5) お客様の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 施設内での掲示物（個人作品等を含む）や施設情報誌（園だより等）におけるお客様の氏名、年齢、性別、生年月日、顔写真等の掲載
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (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、お客様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

〈お客様〉 氏名 _____ 印 _____

〈ご家族〉 氏名 _____ 印 _____

続柄（お客様との関係） _____