

地域密着型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 誠光園アネックス
所在地	北九州市八幡東区藤見町3番2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

施設は、要介護状態と認定されたお客様に対し、介護保険法等の主旨に沿って、お客様の意思及び人格を尊重し、地域密着型施設サービス計画に基づき、可能な限り居宅での生活への復帰を念頭におき、かつ常にお客様の立場に立ってサービスを提供することにより、お客様がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援することをめざすものとします。

2 施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、北九州市、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(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		指定年月日	指定番号	定員	備考
施設	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	平成28年4月1日	4090600067号	29人	北九州市被保険者のみ

6.施設の概要

特別養護老人ホーム

敷地		1010.00 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造 地下1階・地上3階建（耐火建築）
	延べ床面積	1412.65 m ²
	利用定員	29人（9人、10人、10人の3ユニットで編成）

(1) 居室

居室の種類	室数	面積	1人当たりの面積
1人部屋	6室	80.28 m ²	13.38 m ²
1人部屋	23室	304.52 m ²	13.24 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
共同生活室 (食堂・機能訓練室)	3室	①41.82 m ² ②34.68 m ² ③34.68 m ²	3.83 m ²
個人浴室・脱衣室	3室	①14.39 m ² ②16.32 m ² ③16.32 m ²	15.67 m ²
機械浴室 (前室)	1室(特殊浴槽)	16.77 m ² (3.56 m ²)	16.77 m ²
医務室	1室	8.68 m ²	0.29 m ²
談話コーナー	3箇所	①6.83 m ² ②6.83 m ² ③6.27 m ²	0.68 m ²

※ 食堂の指定基準は、1人当たり 2.0 m²

7.職員の勤務構成

職 種	人員基準数	区 分		合計	業 務 内 容
		常 勤	非 常 勤		
管理者	1人	1(※)		1(※)	業務の一元的管理
生活相談員	1人以上	2(※)		2(※)	生活相談
介護職員	9人以上	9人以上		9人以上	介護業務
看護職員	1人以上	1人		1	健康、衛生管理
機能訓練指導員	1人以上				機能回復訓練
介護支援専門員	1人以上	1(※)		1.0(※)	ケアプランの作成
医 師	1人以上		1	1	回診での早期発見
栄養士	1人以上	1(※)		1	食品・衛生管理

※ 誠光園本体と兼務

8.職員の勤務体制

職種	勤 務 体 制
管理者	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務（本体特養他兼務）
生活相談員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務（本体特養兼務）
介護職員	早出（7：30～16：30） 中出（8：30～17：30） 遅出（9：30～18：45） 遅出1（10：00～19：15） 夜勤（17：00～9：30）
看護職員	早出3（7：00～16：00） 早出（7：30～16：30） 中出（8：30～17：30） 遅出（9：30～18：45） 夜間帯については、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	正規勤務時間帯（8：00～17：00）常勤で勤務（本体特養兼務）
介護支援専門員	正規勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務（本体特養兼務）
医師	火曜日 12：00～12：30まで勤務します。
	金曜日 14：00～14：30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（本体特養兼務）

10.施設サービス計画について

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

* 施設サービス費

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（1.4%）、介護職員処遇改善加算Ⅰ（75%）を含みません。

要介護度区分	個室
	利用単位数/日
要介護度 1	682 単位
要介護度 2	753 単位
要介護度 3	828 単位
要介護度 4	901 単位
要介護度 5	971 単位

介護保険利用者負担額減額・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。

※介護保険改正や介護報酬改定による加算単位の変更、体制等による要件の変更に伴い請求単位の変更時には料金同意書にて負担金の変更について説明をおこないます。

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	次の基準に適合しているものとして届出を行った指定介護老人福祉施設において、配置医師が施設の求めに応じ、早朝(午前 6 時から午前 8 時まで)、夜間(午後 6 時から午後 10 時まで)、深夜(午後 10 時から午前 6 時まで)又は配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く。)に施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合に所定単位数を算定する。ただし、看護体制加算(Ⅱ)を算定してない場合は算定しない。
早朝・夜間の場合	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"> ・ 入所者に対する注意事項や病状等についての情報共有、曜日や時間帯ごとの医師との連絡方法、診療を依頼する場合の具体的な状況等について、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。 ・ 複数名の配置医師を置いていること又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 24 時間対応できる体制を確保していること。
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、その家族や病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、通院のため送迎を行った場合
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。	
	令和 7 年 3 月 31 日まで 100 単位/月	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。
	令和 7 年 4 月 1 日以降 50 単位/月	
	5 単位	上記以外の協力医療機関と連携している場合。
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 回限り算定する。

<p>高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)</p>	<p>10 単位</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症法第 6 条第 17 項に規定する第二種協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。 ・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等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。
<p>高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)</p>	<p>5 単位/月</p>	<p>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。</p>
<p>新興感染症等施設療養費</p>	<p>240 単位/日</p>	<p>入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、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、該当する介護サービスを行った場合に、1 月に 1 回、連続する 5 日を限度として算定する。 ※現時点において指定されている感染症はない。</p>
<p>認知症チームケア推進加算(Ⅰ)</p>	<p>150 単位/月</p>	<ol style="list-style-type: none"> (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 以上であること。 (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ている者又は認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ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・心理症状に対応するチームを組んでいること。 (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・心理症状に予防等に資するチームケアを実施していること。 (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、計画の見直し等を行っていること。
<p>認知症チームケア推進加算(Ⅱ)</p>	<p>120 単位/月</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・(Ⅰ)の(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合する事。 ・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・心理症状に対応するチームを組んでいること。

退所時栄養情報連携加算	70 単位/回	<p>○対象者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣が定める特別食※を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者 <p>○主な算定要件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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する。 ・1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。 <p>※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する肝臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者の為の流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)</p>
業務継続計画未実施減算	所定単位数の3.0%を減算	<p>以下の基準に適合していない場合。</p> <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朝の業務再開を図るための計画(業務継続継続)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 <p>※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。</p>
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の1.0%を減算	<p>虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話措置等の活用可能)を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を設備すること ・従事者に対し、虐待の防止の為の研修を定期的実施する事。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46 単位/日	<p>算定月から前6ヶ月間もしくは12ヶ月間に新規入所されたお客様のうち、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。</p>
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22 単位/日	<p>以下のいずれかに該当すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>※上記に加え、サービスの質の向上に資する取り組みを実施していること。</p>
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18 単位/日	<p>介護福祉士が60%以上。</p>
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/日	<p>以下いずれかに該当すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）	40 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。
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	50 単位／月	以下のいずれの要件も満たすことを求める。 （１）（Ⅰ）（１）の情報に加えて、入所者ごとの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および（Ⅰ）（１）の情報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。 イ 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。 ロ イの医学的評価の結果、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。 ハ 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。 ニ 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。
看護体制加算（Ⅰ）イ	12 単位／日	常勤の看護師を 1 名以上配置している。
看護体制加算（Ⅱ）イ	23 単位／日	常勤の看護職員を配置基準の 2 以上配置している。
栄養マネジメント強化加算	11 単位／日	<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。 ・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。

夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	46 単位/日	<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
夜勤職員配置加算(Ⅳ)イ	61 単位/日	<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
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	<p>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。</p> <p>※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。</p>
再入所時栄養連携加算	200 単位/回	<p>厚生労働大臣が定める特別食※等を必要とする者。</p> <p>※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食(単なる流動食及び軟食を除く。)</p>

口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 単位／月	<p>（Ⅰ）：次のいずれにも適合すること。</p> <p>（１） 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き、入所者の口腔衛生等の管理に係る計画が作成されていること。</p> <p>（２） 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔衛生等の管理を月 2 回以上行うこと</p> <p>（３） 歯科衛生士が、（１）における入所者に係る口腔衛生等の管理について、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</p> <p>（４） 歯科衛生士が、（１）における入所者の口腔に関する介護職員からの相談等に必要に応じ対応すること</p>
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位／月	<p>（Ⅱ）：次のいずれにも適合すること。</p> <p>（１）（Ⅰ）（１）から（４）までに掲げる基準いずれにも適合すること。</p> <p>（２） 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省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。</p>
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 単位／日	<ul style="list-style-type: none"> ・施設における入所者の総数のうち、日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が 2 分の 1 以上であること。 ・認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を、対象者の数が 20 人未満である場合にあっては、1 以上、当該対象者の数が 20 人以上である場合にあっては 1 に当該対象者の数が 19 を超えて 10 またはその端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施していること。 ・当該施設の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的実施していること。
個別機能訓練加算（Ⅰ）	12 単位／日	<p>専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復士、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師を 1 名以上配置しているものとして都道府県知事に届け出た指定介護老人福祉施設において、機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練計画書を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を行っている場合。</p>
個別機能訓練加算（Ⅱ）	20 単位／月	<p>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。</p>

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お客様が、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	著しい摂食機能障害が認められるお客様に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合。
経口維持加算（Ⅱ）	100 単位／月	摂食機能障害が認められるお客様に対し、医師の指示に基づき経口維持計画を作成し、経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合。
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 <ul style="list-style-type: none"> ・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。
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）
看取り介護加算（Ⅰ）	144 単位／日 （死亡日以前 4日～30日）	<p>医師が医学的見解に基づき回復の見込みがないと診断した者</p> <p>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</p> <p>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</p>
	680 単位／日 （死亡日の前日 及び前々日）	
	1,280 単位／日 （死亡日）	
看取り介護加算（Ⅱ）	144 単位／日 （死亡日以前 4日～30日）	<p>「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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 3、上記の内容につき届け出を行っている。 4、看護体制加算（Ⅱ）を算定している。
	780 単位／日 （死亡日の前日 及び前々日）	
	1,580 単位／日 （死亡日）	

生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100 単位／月	<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。
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	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	生活機能向上連携加算（Ⅱ）では、 <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。
排せつ支援加算（Ⅰ）	10 単位／月	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。 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。 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。
排せつ支援加算（Ⅱ）	15 単位／月	（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、いづれにも悪化がない。 <ul style="list-style-type: none"> ・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。

排せつ支援加算（Ⅲ）	20 単位／月	<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、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位／月	<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、施設入所時又は利用開始時に評価し、その後少なくとも3月に1回評価すること。</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、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成する</p> <p>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ごとの状態について定期的に記録する。</p> <p>ニ 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す。</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していること。</p>
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位／月	<p>（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>
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 単位/月	<p>（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。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（オンラインによる提出）を行うこと。</p>
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10 単位/月	<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。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。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（オンラインによる提出）を行うこと。</p>

ADL 維持等加算 (I)	30 単位/月	以下の要件を満たすこと。 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。 ロ 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。 ハ 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。
ADL 維持等加算 (II)	60 単位/月	・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 3 以上であること。
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の 10% を減算	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 ・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

※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（滞在費）・食費（1日あたりの自己負担額）

居住費・食費は所得や課税状況に応じて料金が異なります。

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
居住費	2,066 円	1,370 円	1,370 円	880 円	880 円
食費	1,445 円	1,360 円	650 円	390 円	300 円

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

*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。

(居室料 2,006 円/日が別途算定されます。この算定はすべてのお客様に適用します)

※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ご利用前日午後 17:00 まで
昼 食	530 円	昼食のキャンセルはご利用当日午前 10:00 まで
夕 食	520 円	夕食のキャンセルはご利用当日午後 16:00 まで

* 「食費」について、朝食はご利用前日の午後 17:00 まで、昼食はご利用当日の午前 10:00 まで、夕食はご利用当日午後 16:00 までにキャンセルをし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、入院や病院受診等により食事を食べていなくても負担して頂く場合がございます。上記の「昼食の食材費」に関しましては、ご利用当日の午前 10:00 までに、昼食のキャンセルをしていただけなかった場合は、お客様負担金の 530 円を徴収することになりますので予めご了承ください。

尚、ご利用当日午前 10:00 までにお休みの連絡をいただきました場合は、昼食も自動的にキャンセルになります。

- 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

- ・医療費（病院受診・お薬）
- ・以下のサービスは、お客様の要望によって受けるサービス費用

サービスの種類	内 容
理 容 ・ 美 容	毎月3回 （日本理美容協会：第2水曜日　美容nico：第4月曜日） 美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……………1,200～1,500円 カット（顔剃り含む）……………1,500～1,800円 カット・毛染め（顔剃り含む）……………2,800～4,500円 カット・パーマ（顔剃り含む）……………2,800～4,500円
日常生活に要する費用で 本人の負担となるもの	要した費用の実費（寿司注文等特別な食事の費用等） 日常生活の購入代金 個人的な創作費用 クリーニング代（施設以外の依頼分） 毛布の洗濯代（1回1,000円税込み） 冷蔵庫持ち込みのみ電気代実費相当額が必要となります

(3) お支払い方法

入居の際、当園で引落をさせて頂く通帳を当園指定（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頂き、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20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アネックス 消防計画」にのっとり対応。			
近隣との協力関係	藤見町内会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アネックス 消防計画」にのっとり年3回夜間及び昼間を想定した避難訓練（図上訓練）をお客様にも参加いただき、実施しています。			
	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	8箇所
	非常用電源	1箇所	屋内消火栓	—
	自動火災報知器	有	非常通報装置	2箇所
	誘導灯	16箇所	漏電火災報知器	—
	ガス漏れ報知器	—		
消防計画等	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。			
	消防署への提出日：令和6年5月17日 防火管理者： 清水 幸江			

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 号室
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。

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。

<p>保健福祉課- (介護保険担当)</p> <p>*各区対応時間* 原則平日午前8時30分 ～午後5時</p>	<p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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）4527 FAX番号：093（881）5353</p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>【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</p>
--	--

	各区とも、対応時間は平日午前 8 時 30 分 ~ 午後 5 時
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 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 ~ 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.留意事項

(面会時間と消灯時間)

面会時間は、原則 9 時~18 時までとします。また、消灯時間は、原則 21 時です。

(喫煙)

喫煙場所はなく、居室を含み全館禁煙にご協力頂きます。

(飲酒)

飲酒は、施設内の所定の場所及び時間に限り、それ以外の場所及び時間は居室内を含み禁酒にご協力頂きます。

(外出及び外泊)

お客様が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に連絡をお願いしています。

(健康保持)

お客様は健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は可能な限り受診して頂きます。

(衛生保持)

お客様は、生活環境の保全のため、施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力頂きます。

(禁止行為)

お客様は、施設で次の行為をしてはいけません。

- 一 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し、又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと。
- 二 けんか、口論、泥酔などで他のお客様等に迷惑を及ぼすこと。
- 三 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
- 四 指定した場所以外で火気を用いること。
- 五 故意に施設もしくは物品に損害を与え、又はこれを持ち出すこと。

18.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。

19.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

20. 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2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 アネックス

代表者名 施設長 今井 丈二 印
(指定番号 4090600067 号)

〈説明者〉所属 特別養護老人ホーム 誠光園 アネックス

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） _____

入院時の取り扱いについて

洗濯や手続き等、入院中については、すべて家族対応であることを了承します。

ご家族様氏名 _____ 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） _____