

指定認知症対応型通所介護

指定介護予防認知症対応型通所介護

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン

平田デイサービス爽やかな風



**指定認知症対応型通所介護  
指定介護予防認知症対応型通所介護  
重要事項説明書**

本重要事項説明書は、指定認知症対応型通所介護及び指定介護予防認知症対応型通所介護（以下「介護サービス」という）の提供開始にあたり、厚生労働省第3条の7に基づいて、株式会社サンガジャパンは運営する平田デイサービス爽やかな風（以下「事業所」という）が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

**1. 事業者概要**

|            |                        |
|------------|------------------------|
| 法人名称       | 株式会社サンガジャパン            |
| 主たる事務所の所在地 | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9 |
| 代表者名       | 代表取締役 山口 智博            |
| 電話番号       | 048-614-1541           |

**2. ご利用事業所**

|           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| ご利用事業所の名称 | 平田デイサービス爽やかな風                         |
| 事業種別      | 指定認知症対応型通所介護及び<br>指定介護予防認知症対応型通所介護事業所 |
| 指定番号      | 2590200362                            |
| 住所        | 滋賀県彦根市平田町1114-1                       |
| 電話番号      | 0749-21-2881                          |

**3. 事業目的と運営方針**

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 事業所が行う指定認知症対応型通所介護事業及び指定介護予防認知症対応型通所介護事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の管理、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員（以下「職員」という）が要介護状態（指定介護予防認知症対応型通所介護にあっては要支援状態）にある高齢者に対し、適切な介護サービスを提供することを目的とする。 |
| 運営方針  | 利用者が住みなれた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図り、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者の心身の状  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>況を踏まえ、妥当適切にサービスの提供を行う。</p> <p>利用者の心身の、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、期間等を記載した認知症対応型通所介護計画(以下「通所介護計画」)を作成し、利用者またはその家族の同意を得て交付する。</p> <p>サービスの提供にあたっては、利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、通所介護計画に基づき、介護技術の進歩に対応した適切な介護技術を持って、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。</p> |
|--|--|

#### 4. 職員の職務内容について

##### 職務分担表

|         |  |
|---------|--|
| 管理者     | 職員の管理及び業務の管理を統括し執行する                     |
| 生活相談員   | 利用申込みに係る調整、他の従業者に対する相談助言及び技術指導、通所介護計画の作成 |
| 介護職員    | 利用者の心身状況の把握、又日常介護等                       |
| 看護師     | 利用者の心身状況の把握、健康管理                         |
| 機能訓練指導員 | 心身機能の維持・向上のための訓練指導・助言等                   |
| 調理員     | 利用者の個々の身体状態に合わせた食事調理を行い、食事を提供する          |

#### 5. 営業時間・通常の実施区域

|        |                                      |
|--------|--------------------------------------|
| 営業日    | 月・火・木・金・土曜日<br>※年末年始（12月31日～1月3日）を除く |
| 営業時間   | 午前9：30～午後4：40                        |
| 業務実施区域 | 彦根市全域                                |

#### 6. 利用料

費用の支払いをうける場合には、利用者または、その家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する文書に署名を受け取るものとする。また、介護サービスの利用者等は、事業所が定める期日までに、利用料等を現金または金融機関口座払込或いは口座引き落とし等により支払うものとする。

※ 当事業所の介護報酬額は、1単位＝10.33円（6級地）です。

介護保険給付対象の費用

| 利用者負担金 | 所要時間7時間以上<br>8時間未満の場合 | 単位     | 負担割合1割 | 負担割合2割 | 負担割合3割 |
|--------|-----------------------|--------|--------|--------|--------|
|        | 要支援1                  | 861    | 890円   | 1,779円 | 2,669円 |
| 要支援2   | 961                   | 993円   | 1,986円 | 2,979円 |        |
| 要介護1   | 994                   | 1,027円 | 2,054円 | 3,081円 |        |
| 要介護2   | 1,102                 | 1,139円 | 2,277円 | 3,415円 |        |
| 要介護3   | 1,210                 | 1,250円 | 2,500円 | 3,750円 |        |
| 要介護4   | 1,319                 | 1,363円 | 2,725円 | 4,088円 |        |
| 要介護5   | 1,427                 | 1,474円 | 2,948円 | 4,422円 |        |

・入浴介助加算

入浴介助を行なった場合、1日40単位（413円）加算する。

※ただし、介護保険適用時の自己負担額は1日42円（1割）です。

・個別機能訓練加算Ⅰ

居宅訪問で把握したニーズと居宅での生活状況を参考に、多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成。利用者の心身の状況に応じて、身体機能及び生活機能の向上を目的とする機能訓練項目を柔軟に設定。必要に応じて事業所内外の設備等を用いた実践的かつ反復的な訓練とすること。1日あたり27単位加算する。

・若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対してサービス提供を行なった場合、1日60単位（619円）加算する。

※ただし、介護保険適用時の自己負担額は1日62円（1割）です。

・介護職員等処遇改善加算Ⅱ

1ヶ月あたりのサービス利用料金の合計額（加算を含む）に別途17.4%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。

介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇改善（賃金引き上げなど）に取り組む事業所が算定できるものです。

介護保険の給付対象とならないサービス

・食事代 850円（おやつ代200円含む）

※前日の午後5時以降にサービスの中止を申し出た場合、食事代の負担があります。（前日が日曜日の場合は、土曜日の午後5時まで）

・オムツ代 実費

・アクティビティサービスに要する費用は別途徴収する。

- ・ご利用者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費（1枚あたり10円）をいただきます。
  - ・領収書の再発行  
領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。  
なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金500円（税別）を申し受けます。
- ※尚、費用を変更する場合には、予め、利用者又はその家族に対し、事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書、押印を受けることといたします。

## 7. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

相談窓口で受付、指定（介護予防）認知症対応型通所介護サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

### (2) サービスの終了

①利用者のご都合で指定（介護予防）認知症対応型通所介護の契約を終了する場合指定（介護予防）認知症対応型通所介護の終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

②当事業所の都合で指定（介護予防）認知症対応型通所介護を終了する場合人数不足等やむを得ない事情により、指定（介護予防）認知症対応型通所介護の提供を終了させていただく場合がございます。その場合終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に指定（介護予防）認知症対応型通所介護を終了いたします。

- ・介護保険給付サービスを受けていたお客様の要介護（要支援）区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合
- ・利用者が入院をされた場合

#### ④その他

事業所が正当な理由なく介護サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当法人が破産した場合、利用者は、文書で解約を通知することによって即座に通所介護を終了することができます。

## 8. サービス内容に関する苦情

①利用者からのご相談・苦情などがございましたら、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出下さい。

相談窓口 平田デイサービス 爽やかな風  
電話 0749-21-2881  
FAX 0749-21-2883  
担当者 管理者 佐藤 裕子

②事業所以外に、公的な相談・苦情窓口があります。

相談窓口 滋賀県彦根市 高齢福祉課  
電話 0749-24-0828  
FAX 0749-26-1768

相談窓口 滋賀県国民健康保険団体連合会  
電話 077-522-0065 (介護保険課)  
電話 077-510-6605 (苦情相談窓口)  
FAX 077-510-6606 (介護保険課)

## 9. 事故発生時の対応

サービスの提供に当たって、万が一事故が発生し、利用者や利用者のご家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに損害を賠償いたします。但し、利用者、又は利用者のご家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることが出来ます。

### 10. 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する。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を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。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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する。

### 11. 身体拘束の制限

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束そ

の他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
  - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
  - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
  - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
  - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
- (2) 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
- (3) 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
- (4) 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を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

## 1 2. 衛生管理及び感染症の対策等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

## 1 3. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型通所介護ならびに指定介護予防認知症対応型通所介護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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い

必要な措置を講じるものとする。

- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

#### 1 4. 個人情報

サービス提供にあたり、利用者の生活に沿う適切な介護方針を定める為に、利用者に関する情報を当施設の職員で共有することに対して、ご了承下さい。

#### 1 5. 秘密保持

事業者及び事業者の使用する者は、指定（介護予防）認知症対応型通所介護を提供する上で知りえた利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

事業者は利用者及び利用者のご家族から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議において、利用者及び当該家族の個人情報を用いません。

#### 1 6. 提供するサービスの第三者評価

実施 有  無  評価機関 ( )  
評価日 ( 年 月 日 ) 評価結果の公開状況 有 無

令和 年 月 日

上記の通りの重要事項の説明を本書面に基づき行いました。

事業所 所在地 滋賀県彦根市平田町 1 1 1 4 - 1

事業所名 平田デイサービス爽やかな風

説明者氏名 印

上記の通り平田デイサービス爽やかな風の重要事項の説明を事業所から説明を受け同意しました。

本人 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

(介護予防) 短期入所生活介護

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン

平田ケアホテル翔裕館



1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

※ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

【担 当】 (管理者) 宮下 美香

【電話番号】 0749-21-2881  
(月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分)

2. 平田ケアホテル翔裕館の概要

(1) 提供できるサービスの種類とサービス提供地域

|            |                 |
|------------|-----------------|
| 事業所名       | 平田ケアホテル翔裕館      |
| 住 所        | 滋賀県彦根市平田町1114-1 |
| 提供サービス     | (介護予防) 短期入所生活介護 |
| 通常の見送の実施地域 | 彦根市全域           |
| 介護保険指定番号   | 2570201570      |

※ その他の地域については、ご相談に応じます。

(2) 事業所の職員体制

《主な職員の配置状況》 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

|           | 資 格    | 人 数   | 備 考        |
|-----------|--------|-------|------------|
| 管 理 者     | 介護福祉士  | 1 名   |            |
| 医 師       | 医師免許   | 1 名   | 嘱託医        |
| 生 活 相 談 員 | 介護福祉士他 | 1 名以上 |            |
| 介 護 職 員   | 介護福祉士他 | 8 名以上 |            |
| 機能訓練指導員   | 看護師免許  | 1 名以上 |            |
| 栄養士       | 栄養士    | 1 名   | 委託給食会社より出向 |
| 看護職員      | 看護師免許  | 1 名以上 |            |
| 調理員       | 調理師免許他 | 1 名以上 | 給食会社に委託    |

### (3) 職務内容

#### (管理者)

職員および業務の管理を行い、それぞれのご利用者に応じて（介護予防）短期入所生活介護計画を作成し、ご利用者又はそのご家族に対しその内容等について説明を行います。なお、（介護予防）短期入所生活介護計画の作成に当って、既に居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。

#### (医師)

ご利用者の体調管理ならびに急変時の対応を行います。

#### (生活相談員)

管理者の補助ならびにご利用者又はそのご家族の生活の相談に応じるとともに、（介護予防）短期入所生活介護計画に基づいたサービスの実施のために必要な連絡調整を行います。

#### (介護職員)

（介護予防）短期入所生活介護計画に基づき、主としてご利用者の介護を行います。

#### (機能訓練指導員)

（介護予防）短期入所生活介護計画に基づき、主として日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

#### (栄養士)

ご利用者の食事及びおやつの献立づくりと、必要に応じて（介護予防）短期入所生活介護計画に基づき、ご利用者の栄養管理を行います。

#### (看護職員)

（介護予防）短期入所生活介護計画に基づき、主として利用者の健康状態を的確に把握及び管理し、利用者の主治医や協力医療機関との連携、調整等を行う。

#### (調理員)

栄養士の指導の基で、ご利用者の食事及びおやつの調理と、必要に応じて（介護予防）短期入所生活介護計画と栄養士の指導に基づき、栄養管理の必要なご利用者に療養食の調理を行います。

### (4) 利用定員 22名 2ユニット（10名、12名）

### 3. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスには、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合があります。

#### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

《サービスの概要》

##### ①食事介護サービス

- ・必要に応じて、食事摂取が困難な方を対象に食事介助を行います。  
また、きざみ食やとろみ使用等、嚥下状態によって配慮いたします。

##### ②健康管理

- ・ご利用者の健康管理を行います。バイタルサインチェックを行い、必要に応じて医師に報告・相談を行います。

##### ③相談援助（生活指導等）

- ・ご利用者もしくはご家族の生活全般においての相談業務を行い、必要に応じて生活指導や介護支援専門員等と連絡・調整を行います。

##### ④入浴サービス

- ・週に2回以上介助浴又は清拭を行います。

##### ⑤機能訓練

- ・機能訓練指導員を中心に、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

##### ⑥送迎サービス

- ・事業所が定める実施地域にお住まいの送迎サービスをご希望の方に送迎を行います。尚、天災、事変その他の不可効力により送迎が困難と思われる場合は、送迎サービスをお断りする場合があります。

##### ⑦排泄介助サービス

- ・ご利用者の状態により、必要に応じて排泄確認や排泄介助を行います。

《サービス利用料金》

下記の料金表により、利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額をお支払いいただきます。

※ 当事業所の介護報酬額は、1単位＝10.33円（6級地）です。

●エイト型個室

要支援の方の場合（1日の料金の目安）

| 要支援度 | 単位数   | 利用料金   | 自己負担額（1割） | 自己負担額（2割） | 自己負担額（3割） |
|------|-------|--------|-----------|-----------|-----------|
| 要支援1 | 561単位 | 5,795円 | 580円      | 1,159円    | 1,739円    |
| 要支援2 | 681単位 | 7,034円 | 704円      | 1,407円    | 2,111円    |

要介護の方の場合（1日の料金の目安）

| 要介護度 | 単位数    | 利用料金    | 自己負担額（1割） | 自己負担額（2割） | 自己負担額（3割） |
|------|--------|---------|-----------|-----------|-----------|
| 要介護1 | 746単位  | 7,706円  | 771円      | 1,542円    | 2,312円    |
| 要介護2 | 815単位  | 8,418円  | 842円      | 1,684円    | 2,526円    |
| 要介護3 | 891単位  | 9,204円  | 921円      | 1,841円    | 2,762円    |
| 要介護4 | 959単位  | 9,906円  | 991円      | 1,982円    | 2,972円    |
| 要介護5 | 1028単位 | 10,619円 | 1,062円    | 2,124円    | 3,186円    |

① 送迎加算（ご希望により送迎に係る費用）184単位／片道190円（1割）

② 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

介護現場で働く職員の処遇改善を行い人材確保に努め、良質なサービス提供を続けることができるようにするための取り組みです。介護現場における人材確保を更に推し進めるため、令和6年6月以降、加算充実策を講じます。

当事業所の場合：基本報酬に各種加算減算を加えた総単位数に対して、1000分の136（13.6%）に当たる単位数

★ご利用者がまだ（要支援）要介護認定を受けておられない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。（要支援）要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）。

また、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

★介護保険からの給付に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

## 《サービスの概要と利用料金》

### ①居住費

ご利用者に提供する居室に係る費用です。

ユニット型個室： 2, 600円（1日）

・午前10時までに退所の方 退所当日：1, 600円（1日）

・午後 4時以降に入所の方 入所当日：1, 600円（1日）

### ②食事の提供

ご利用者に提供する食事に係る費用です。

朝食代： 500円（7：30～9：00）

昼食代： 650円（12：00～13：30）

夕食代： 600円（18：00～19：30）

上記の通り、1日あたりの食事代は1, 750円です

※尚、①②の料金に関して、負担限度額認定を受けておられる方には別に料金を設定しており、別紙にて説明いたします。

### ③おやつ代

午後3時におやつを提供いたします。

料金： 200円/日

### ④複写物の交付

ご利用者は、サービス提供の記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます。

料金：10円（1枚当たり）

### ⑤日常生活上必要となる諸費用

日常生活用品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用時に負担いただくことが適当であるものに係る費用は、実費をいただきます。

※尚、費用を変更する場合には、あらかじめ、利用者又はその家族に対し事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名、押印を受けることといたします。

### ⑥キャンセル料

ご利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。ただし、ご利用者の体調不良等正当な理由がある場合はこの限りではありません。

・利用日の2週間前までに連絡があった場合：**無料**

・利用日の2週間前から3日前までに連絡があった場合：**1, 300円**

・利用日の3日前から、前日に連絡があった場合：**2, 600円**

### ⑦通常の送迎の実施地域を越えた場合の送迎費

通常の送迎の実施地域を越えた場合は、以下の通り徴収いたします。  
通常の送迎の実施地域を越えた地点から、10km未満 片道300円  
以後5km毎に 片道300円  
有料道路使用の場合は、通行料金の実費を申し受けます。

#### ⑧領収書の再発行

領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金500円（税別）を申し受けます。

### (3) 利用料金のお支払方法

当事業所は、当月の料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月15日までにご利用者に送付します。ご利用者は、希望口座より自動引落しにて翌月27日に支払っていただきます。尚、27日が土・日・祝日の場合はその翌日に支払っていただきます。

### (4) サービス利用について

#### ○サービスの利用申し込み

- ・ まずは、お電話でお申し込みください。  
ご利用期日決定後、契約を締結いたします。ご利用の予約は原則3ヶ月前から受け付けます。居宅サービス計画又は、介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

#### ○利用の変更

- ・ 利用予定日の前に、ご利用者の都合等により、(介護予防)短期入所生活介護の利用日の変更をすることができます。この場合には、サービス実施日の前日までにご連絡ください。居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者と調整いたします。
- ・ 健康上の理由により、利用を中止していただくことがあります。その場合、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者と調整いたします。

①体調不良（主に感染症に罹患されておられる場合）の際は、他のご利用者に影響があると考えられるため、ご家族、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者に連絡の上、サービスの提供をお断りする場合があります。

②当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、ご家族、居宅介護支援事

業者又は介護予防支援事業者に連絡の上、サービス内容の変更又は中止していただくことがあります。

③利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止していただくことがあります。

その場合、ご家族に連絡の上、主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。尚、主治医に連絡が取れない場合には、事業所の協力医療機関もしくは協力医療歯科機関に連絡を取る等必要な措置を講じます。

協力医療機関：医療法人中西医院・彦根中央病院

協力医療歯科機関：いそクリニック

## ○ 利用終了について

契約期間満了日の7日前までに、ご利用者から文書による契約終了の申し出がない場合には、契約は自動的に同じ条件で更新されます。

### ①自動終了

次の事由に該当した場合は、契約は自動的に終了します。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・ご利用者の（要支援）要介護認定区分が自立と認定された場合
- ・ご利用者が死亡された場合

### ②ご利用者からの契約解除の申し出

契約の有効期間内であっても、ご利用者から利用契約を解除することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに文書で通知願います。

但し、次の場合には、文書で通知することにより、即時に契約を解約・解除することができます。

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・当事業所が守秘義務に違反した場合
- ・当事業所がご利用者やご家族などに対して社会通念に反する行為を行った場合
- ・事業主体が破産した場合

### ③当事業所からの契約解除の申し出

次の事項に該当する場合には、文書にて契約を解除させていただく場合があります。

- ・ご利用者のサービス料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、当事業所の催告にもかかわらず、2週間以内に支払われない場合
- ・ご利用者又はご家族等が当事業所やサービス従業者又は他のご利用者に対して契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合

#### 4. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

- ①ご利用者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。
- ②ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了から2年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧していただき、複写物を交付します。
- ③ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族に連絡の上、主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。尚、主治医に連絡が取れない場合は、当事業所の協力医療機関または協力医療歯科機関に連絡を行う等必要な措置を講じます。
- ④事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項をサービス担当者会議等の必要時以外は正当な理由なく、第三者に漏洩しません。守秘義務はサービス従事者が当社を退職してからも継続いたします。  
但し、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。
- ⑤事業者は、防火管理についての責任者を定め、火災・風水害・地震等に関する具体的な防災計画を作成し、非常災害に備えるため、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

- ①施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ②当事業所の職員や他のご利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- ③当事業所内での飲酒・喫煙は、一切ご遠慮願います。喫煙については屋外の所定の場所をお願いいたします。
- ④故意に、又はわずかの注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ⑤外出に関しては、ご家族がご一緒ならば随時可能です。
- ⑥金銭、貴重品及び飲食物の持ち込みは、トラブルの元になりますので、ご遠慮願います。
- ⑦ペットの持ち込みは、ご遠慮願います。

## 6. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する（介護予防）短期入所生活介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族及び市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 7. 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する。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を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。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
  - (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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する。

## 8. 身体拘束の制限

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
  - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
  - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
  - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
  - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
- (2) 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
- (3) 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
- (4) 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を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計

画に位置付け) を2回以上実施する。

## 9. 衛生管理及び感染症の対策等

利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

## 10. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定認知症対応型通所介護ならびに指定介護予防認知症対応型通所介護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(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的(年1回以上)に実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 11. 損害賠償について

当事業所において、当事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、当事業所は速やかにその損害を賠償します。

但し、その損害の発生について、ご利用者に故意または過失が認められる場合は、ご利用者の置かれた心身の状態を勘案して相当と認められるときには、当事業所の損害賠償を減じることがあります。

損害保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

## 1 2. 要望、苦情の受付について

(1) 当事業所における要望、苦情の受付窓口

【担 当】 (管理者) 宮下 美香

【電話番号】 0749-21-2881

(月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分)

(2) その他の苦情等の受付窓口

当事業所以外に、市町村等の相談・苦情窓口等に苦情等を伝えることができます。

① 彦根市高齢福祉課

【電話番号】 0749-24-0828

② 滋賀県国民健康保険団体連合会

【電話番号】 077-522-0065

・虐待防止対策委員会設置  無

令和 年 月 日

当事業所の（介護予防）短期入所生活介護サービスについて、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 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9

名称 株式会社サンガジャパン

説明者 事業所名 平田ケアホテル翔裕館

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

私は、本書面に基づいて、事業者から（介護予防）短期入所生活介護サービスについての重要な事項の説明を受け、同意しました。

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(続柄： )

(別紙1)

介護保険 負担限度額認定を受けられた方の  
居住費、食費について

所得が低い方の食費・居住費の負担限度額

ショートステイをご利用になる場合、食費と居住費（滞在費）は施設との契約によって料金が決まりますが、低所得の人は所得に応じた負担限度額までを自己負担とし、残りの基準費用額との差額分は介護保険からの給付を受けることができます。

負担軽減の対象となる方は、必ず彦根市に申請の上、「負担限度額認定証」の交付を受け、ご利用になる施設に提示することによって、下表のとおり利用料が軽減されます。

| ご利用者<br>負担段階 | 1日あたりの居住費     | 1日あたり<br>の食費  |
|--------------|---------------|---------------|
|              | ユニット個室        |               |
| 第1段階         | 820円（負担限度額）   | 300円（負担限度額）   |
| 第2段階         | 820円（負担限度額）   | 600円（負担限度額）   |
| 第3段階①        | 1,310円（負担限度額） | 1,000円（負担限度額） |
| 第3段階②        | 1,310円（負担限度額） | 1,300円（負担限度額） |
| 基準費用額        | 2,006円        | 1,445円        |

(別紙2)

◆法定代理受領とは

介護保険のサービス利用料に際しての負担方法のことで、要支援・要介護認定を受けたご利用者が、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に基づいた指定居宅サービス又は指定介護予防サービスを受けた場合に、ご利用者は介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の費用を支払いますが、その負担分を除いた分については事業者が市町村等に請求し、市町村等から支払いを受け取ることです。

法定代理受領が適用されるためには、指定事業者から（介護予防）短期入所生活介護計画に基づく指定居宅サービス又は指定介護予防サービスを受け、あらかじめ居宅介護支援又は介護予防支援サービスを受ける旨を市町村に届け出るという要件を満たした場合に限られます。

◆償還払いとは

ご利用者がまだ要支援・要介護認定を受けておられない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援・要介護の認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。そのことを償還払いといいます。

また、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付いたします。

以上



居宅介護支援  
重要事項説明書

株式会社サンガジャパン  
平田ケアプランセンター爽やかな風



# 居宅介護支援重要事項説明書

<令和6年4月1日 現在>

1

当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0749-21-2881 (8:30~17:30)

担当 管理者 藤島 初美 \*ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 事業所の概要

(1) 事業所名等

|            |   |
|------------|---|
| 事業所名       | 平田ケアプランセンター爽やかな風                                  |
| 所在地        | 滋賀県彦根市平田町1114-1                                   |
| 介護保険指定番号   | 2570201570  |
| 通常の事業の実施地域 | 彦根市、甲良町、東近江市(旧五個荘町)(旧能登川町)<br>愛荘町、豊郷町、多賀町、長浜市、米原市 |

\*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

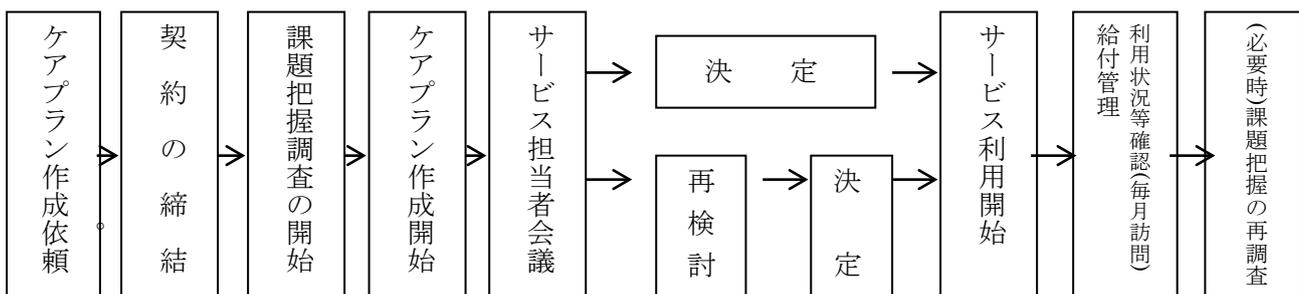
(2) 事業所の職員体制

|         | 資格        | 従業員数 | 業務内容   |
|---------|-----------|------|--|
| 管理者     | 主任介護支援専門員 | 1名   | 事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。                                  |
| 介護支援専門員 | 主任介護支援専門員 | (兼務) | 要介護者等からの相談に応じ、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類内容等の計画を作成する |

(3) 営業日及び営業時間

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| 営業日                | 月曜日～金曜日、祝日含む(ただし年末年始12/30-1/3を除く) |
| 営業時間               | 8:30~17:30                        |
| 定休日                | 土曜日、日曜日                           |
| 緊急連絡先 0749-21-2881 |                                   |

3 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



※定期的に、また状態の変化が認められた場合にサービスを見直し、よりよいサービス提供に努めます。

#### 4 複数のサービス提供事業所等の紹介

利用者は、介護支援専門員に対して複数のサービス提供者等の紹介を求めることができます。

#### 5 サービス提供者の選定理由の説明義務

利用者は、介護支援専門員が居宅サービス計画に位置付けたサービス提供者等の選定理由の説明を求めることができます。

#### 6 利用料金

##### (1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から、全額給付されるので自己負担はありません。

※法定代理受領等については、(別紙1)をご参照下さい。

\*保険料の滞納等により、保険給付金が法定代理受領できなくなった場合、一ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当社から指定居宅介護支援提供証明書を発行致します。

##### ① 介護支援専門員1人当たりの取り扱い件数

40件未満「居宅介護支援費(Ⅰ)」

| 状態区分等    | 単位        | 金額        |
|----------|-----------|-----------|
| 要介護1・2   | 1,086単位/月 | 11,316円/月 |
| 要介護3・4・5 | 1,411単位/月 | 14,702円/月 |

##### ② 医療及び介護との連携加算

・入院時における医療機関との連携促進 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、

i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を 入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。

ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。

iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様

式例として示すこととする。

・退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。

| 加算名              | 単位       | 金額      | 算定要件  |
|------------------|----------|---------|---|
| 入院時情報連携加算<br>(Ⅰ) | 250 単位/月 | 2,605 円 | 利用者が病院・診療所に入院した日のうちに、病院・診療所の職員へ利用者に係る必要な情報を提供。入院日以前に利用者の情報を提供した場合は情報提供日を含み、営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日を含む。              |
| 入院時情報連携加算<br>(Ⅱ) | 200 単位/月 | 2,084 円 | 利用者が病院・診療所に入院した日の翌日または翌々日に、病院・診療所の職員へ利用者に係る必要な情報を提供。入院日以前に利用者の情報を提供した場合は情報提供日を含み、営業時間終了後まに入院し、入院日から3日目が営業日以外の日の場合は、その翌日を含む。 |
| 退院・退所加算(Ⅰ)イ      | 450 単位/回 | 4,689 円 | 連携1回/<br>カンファレンス参加無   |
| 退院・退所加算(Ⅰ)ロ      | 600 単位/回 | 6,252 円 | 連携1回/<br>カンファレンス参加有   |
| 退院・退所加算(Ⅱ)イ      | 600 単位/回 | 6,252 円 | 連携2回/<br>カンファレンス参加無   |
| 退院・退所加算(Ⅱ)ロ      | 750 単位/回 | 7,815 円 | 連携2回/<br>カンファレンス参加有   |
| 退院・退所加算(Ⅲ)       | 900 単位/回 | 9,378 円 | 連携3回/<br>カンファレンス参加有   |
| 緊急時等居宅カンファレンス加算  | 200 単位/回 | 2,084 円 | 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共にご利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス  |

|           |         |       |   |
|-----------|---------|-------|---|
|           |         |       | 等の利用調整を行った場合。   |
| 通院時情報連携加算 | 50 単位/月 | 521 円 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者一人につき、1月に1回の算定を限度とする</li> <li>・利用者が医師の診察を受ける際に同席し医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画（ケアプラン）に記録した場合</li> </ul> |

### ③ 初回加算の内容

| 加算名       | 単位          | 金額       | 算定要件   |
|-----------|-------------|----------|--|
| 初回加算      | 300 単位/月    | 3,126 円  | <ul style="list-style-type: none"> <li>① 新規に居宅サービス計画を作成する場合</li> <li>② 要支援者が要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合</li> <li>③ 要介護状態区分が2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合</li> </ul>   |
| 特定事業所集中減算 | 200 単位/月の減算 | 2,084 円減 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅介護支援事業所におけるケアマネジメントの公正中立性を確保するために、同一の事業者によるサービス提供の偏りを防止するための減算</li> <li>・正当な理由なしに前6カ月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護サービスなどの提供総数のうち、同一の事業者によって提供された数が<b>80%</b>を超えていること</li> </ul> <p>※対象サービス：訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与</p> |

※当事業所の単価は、1単位＝10.42円です。（彦根市の地域区分：6級地）

### (2) 交通費

前記2の(1)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお訪ねするための交通費が下記の通り必

要です。

通常の事業の実施地域を越えた地点から10km未満 片道 200円

以後5km毎 片道 200円

通常の事業の実施地域外での有料道路使用料等はその実費

(3) その他

サービス実施記録等の複写物の交付に際する料金 1枚10円

(4) 解約料

ご利用者は事前に所定の解約通知書で通知することにより契約を解約することができます、一切料金はかかりません。

(5) 料金の支払方法

料金が発生する場合、月ごとの清算とし、原則として毎月15日までに前月分の請求を致しますので、月末日までにお支払い下さい。お支払い方法は、現金集金、銀行振込、口座自動引き落としの3通りの中から選べます。

## 7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込み下さい。当社職員がお伺い致します。

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

事前に文書でお申し出くだされば、解約できます。

②当社の都合でサービスを終了する場合

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、終了一ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の居宅介護支援事業者をご紹介致します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援もしくは非該当（自立）と認定された場合。
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合。
- ・ご利用者が遠隔地に転居された場合。

④その他

ご利用者やご家族などが当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終

了させていただく場合がございます。

## 8 当社の居宅介護支援の運営方針

- (1) 居宅サービス計画の作成に当たっては、彦根市居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準等を定める条例の基本方針に基づき、ご利用者の意思を尊重し、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者が自立した日常生活を営むことができることを目標とします。
- (2) 適正な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように、常にご利用者の立場に立ち、提供されるサービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないように、公正中立に居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者との連絡調整を行います。
- (3) 事業の実施に当たっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービス、ボランティア団体等との綿密な連携を図り、総合的なサービス提供の調整に努め、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するように十分配慮致します。
- (4) 事業所は、介護支援専門員等の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また業務体制を整備します。
  - ① 採用時研修 採用後1ヶ月以内
  - ② 継続研修 年1回以上

## 9 非常災害対策について

当社は、非常災害発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築するよう努めます。

## 10 個人情報の保護について

従業者は業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持し、サービス担当者会議等の必要時以外は正当な理由なく、第三者に明かすことは致しません。守秘義務は従業者が退職してからも保守することを就業規則に定め、雇用契約の内容としています。

## 11 虐待防止に関する事項

- 1 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する。
  - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的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。
  - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。

(4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高者を現に養護する者）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する。

人権擁護・虐待に関する責任者 管理者 藤島初美 電話 0749-21-2881

## 12 衛生管理及び感染症の対策等

- 1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

## 13 業務継続計画の策定等

- 1 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するものとする。

- 3 事業所は、定期的な業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 14 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。

利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。

当該事業所で行う介護手法での対応が困難な理由。

今後の当該利用者に対する介護の方針。

具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。

2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。

3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。

4. 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を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。

② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

#### 15 暴力団排除に関する事項

事業所を運営する当該法人の役員及び事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律 - 平成3年法律第77号 - 第2条第6項に規定する暴力団員をいう）ではありません。また事業所の運営には、暴力団員の支配を一切受けておりません。

#### 16 サービス内容に関する苦情

##### ① 当社お客様相談・苦情担当

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当 管理者 藤島 初美 電話 0749-21-2881

##### ② その他

当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

- ・滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話 077-522-0065
- ・彦根市役所 福祉センター 介護福祉課 電話 0749-23-9660
- ・甲良町役場 保険福祉課 電話 0749-38-5151
- ・東近江市福祉部長寿福祉課 電話 0748-24-5678
- ・愛荘町福祉課 電話 0749-42-7691
- ・豊郷町医療保険課 電話 0749-35-8117
- ・多賀町役場福祉保健課 電話 0749-48-8115
- ・長浜市高齢福祉介護課 電話 0749-65-7789
- ・米原市高齢福祉課 電話 0749-53-5122

17 事故発生時の対応

- ① 事業所は、ご利用者に対するサービスの提供により万が一事故が発生した場合は、速やかに市町村・ご利用者のご家族に連絡を行う等の、必要な措置を行います。
- ② 事業所は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- ③ 事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入しております。

18 医療機関への介護支援専門員に係る情報の提供

利用者が医療機関に入院した場合は、担当介護支援専門員の氏名、連絡先等を医療機関に提供してください。

19 医療機関への利用者に係る情報の提供

介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、主事の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供します。

20 当社の概要

|   |   |
|---|---|
| 名称・法人種別<br>代表者役職・氏名<br>本社所在地<br>定款の目的に定めた事業 | 株式会社サンガジャパン<br>代表取締役 山口 智博<br>埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目 11 番地 9<br>・介護保険法に基づく居宅介護支援事業<br>・介護保険法に基づく居宅サービス事業<br>・介護保険法に基づく地域密着型サービス事業<br>・介護保険法に基づく介護予防サービス事業<br>・介護保険法に基づく介護予防支援事業<br>・介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業<br>・介護保険法に基づく地域支援事業<br>・有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の運営及び管理に関する業務<br>・障害者総合支援法に基づく障害者福祉サービス業 |
|---|---|

居宅介護支援について本書面に基づいて重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業者

所在地 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目 11 番地 9

名称 株式会社サンガジャパン

説明者 所属 平田ケアプランセンター爽やかな風

氏名 印

私は、本書面により、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受けました。

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_) 印

## 【別紙】

### ◆法廷代理受領とは

介護保険のサービス利用料に際しての負担方法のことで、要支援・要介護認定を受けたご利用者様が、居宅サービス計画に基づいた指定サービスを受けた場合に、ご利用者は全体の1割または2割、3割の費用を支払いますが、その負担分を除いた分については事業者が市町村に請求し、市町村から支払いを受ける事です。

法定代理受領が適用される為には指定事業者または指定施設から指定サービスを受け取る事、または区分支給限度のある居宅サービスの場合は、あらかじめ居宅介護支援をうける旨を市町村に届け出るという要件を満たした場合に限られます。

### ◆償還払いとは

ご利用者がまだ要支援・要介護認定を受けておられない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要支援・要介護の認定を受けられた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。そのことを償還払いといいます。

また居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「指定居宅介護支援提供証明書」を交付致します。後日、市町村の介護保険課担当窓口へ領収書とともに提出されますと全額払い戻しが受けられます。

以上

# 指定小規模多機能型居宅介護事業

## 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業

### 重要事項説明書

株式会社サンガジャパンが運営するひらた翔裕館Ⅰ号館平田小規模多機能ホーム爽やかな風（以下「事業所」という）が利用者に対して指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護（以下「居宅介護」という）サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」及び「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定を申請中の方でもサービスの利用は可能です。ご相談下さい。

#### ◆◆目次◆◆

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 1. 事業者                    | 1  |
| 2. 事業所の概要                 | 2  |
| 3. 事業実施地域及び営業時間           | 3  |
| 4. 職員の配置状況                | 3  |
| 5. 事業所が提供するサービスと利用料金      | 3  |
| 6. 秘密の保持と個人情報保護について       | 9  |
| 7. サービス提供に関する相談・苦情の受付について | 10 |
| 8. 相談・苦情解決の体制及び手順         | 10 |
| 9. 運営推進会議の設置              | 10 |
| 10. 協力医療機関、バックアップ施設       | 11 |
| 11. 非常火災時の対応              | 11 |
| 12. サービス利用にあたっての留意事項      | 11 |

#### 1. 事業者

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名   | 株式会社サンガジャパン            |
| (2) 法人所在地 | 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9 |
| (3) 電話番号  | 048-614-1541           |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 山口智博             |
| (5) 設立年月日 | 令和2年10月20日             |

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定小規模多機能型居宅介護  
指定介護予防小規模多機能型居宅介護  
令和3年1月1日 指定番号 2590200362

### (2) 事業所の目的

住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い、利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。

- (3) 事業所の名称 平田小規模多機能ホーム爽やかな風

- (4) 事業所の所在地 滋賀県彦根市平田町1114-1

- (5) 電話番号 0749-21-2881

- (6) FAX番号 0749-21-2883

- (7) 管理者氏名 大橋 みゆき

### (8) 事業所の運営方針

利用者一人ひとりの人権を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援します。

- (9) 開設年月日 令和3年1月1日

- (10) 登録定員 29名（通いサービス定員15人、宿泊サービス定員6人）

- (11) 居室等の概要 事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。

| 居室・設備の種類 | 室数                   | 備考         |
|----------|----------------------|------------|
| 個室       | 6室                   |            |
| リビング     | 1か所                  | (機能訓練室と兼用) |
| 台所(キッチン) | 1か所                  |            |
| トイレ      | 2か所                  |            |
| 浴室       | 1か所                  |            |
| 消防設備     | 消火器、スプリンクラー、非常火災通報装置 |            |
| その他      | 汚物処理室、洗濯室、倉庫、事務室等    |            |

※上記は、厚生労働省が定める基準により、設置が義務付けられている施設・設備です。

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 彦根市全域

### (2) 営業日及び営業時間

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 営業日    | 1年を通じて毎日営業（休業日は設けません） |
| 営業時間   | 9時から17時               |
| 通いサービス | 9時から16時               |

|        |          |
|--------|----------|
| 宿泊サービス | 16時から翌9時 |
| 訪問サービス | 24時間     |

※受付・相談については、営業時間となります。

#### 4. 職員の勤務体制

事業所では、利用者に対して居宅介護サービスを提供する職員の勤務体制を記載致します。

＜主な職員の配置の状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 従業者の職種     | 人員配置 | 職務の内容               | 兼務       |
|------------|------|---------------------|----------|
| 1. 管理者     | 1人   | 事業所の管理・調整           | 介護職員を兼務  |
| 2. 計画作成担当者 | 1人以上 | サービス計画の作成<br>相談業務   |          |
| 3. 介護職員    | 6人以上 | 日常生活の介護             | 1名管理者を兼務 |
| 4. 看護職員    | 1人以上 | 健康チェック等<br>医療機関との連携 |          |

＜主な職種の勤務体制＞

| 職種         | 勤務体制   |
|------------|--|
| 1. 管理者     | 勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制   |
| 2. 計画作成担当者 | 勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制   |
| 3. 介護職員    | 主な勤務時間：7時00分から21時00分を基本とするシフト制<br>夜勤の勤務時間：21時から翌7時を基本とするシフト制<br>その他、利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。 |
| 4. 看護職員    | 勤務時間：8時30分から17時30分を基本とするシフト制   |

#### 5. 事業所が提供するサービスと利用料金

事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

事業所が提供するサービスについて、以下の2つの場合があります。

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(介護保険の給付の対象となるサービス)<br>(2) 利用料金をご契約者に負担いただく場合<br>(介護保険の給付とならないサービス) |
|---|

##### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割、8割、もしくは7割が介護保険から支給され、利用者の自己負担は費用全体の1割、2割、もしくは3割の金額となります。ア～ウのサービスを具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては、利用者と協議の上、居宅介護計画に定めます。

＜サービスの概要＞

##### ア. 通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や

機能訓練を行います。

①食事

- ・食事の提供及び食事の見守り及び介助を行います。
- ・調理場で利用者が調理することができます。
- ・食事サービスの利用は任意です。

②入浴

- ・入浴または清拭を行います。
- ・衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。
- ・入浴サービスの利用は任意です。

③排せつ

- ・利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。

④機能訓練

- ・利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます。

⑤健康チェック

- ・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑥送迎サービス

- ・利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

イ. 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

ウ. 訪問サービス

- ・利用者の自宅にお伺いし、食事や入浴、排せつ等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為はいたしません。

①医療行為

②利用者もしくはその家族等からの金銭または物品の授受

③飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他利用者もしくはその家族に対する迷惑行為

<介護サービス利用料金>

ア. 通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ1ヶ月単位の包括費用の額の利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）です。

下記料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービスの利用料金は、利用者の要介護度に応じて異なります。）

<要支援>（1月につき）※同一建物に居住する者以外の者に対する

|                    |          |          |
|--------------------|----------|----------|
| 利用者の要介護度           | 要支援 1    | 要支援 2    |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護費   | 3,450 単位 | 6,972 単位 |
| サービス利用料金           | 35,638 円 | 72,020 円 |
| サービス利用に係る自己負担額（1割） | 3,564 円  | 7,202 円  |
| サービス利用に係る自己負担額（2割） | 7,128 円  | 14,404 円 |
| サービス利用に係る自己負担額（3割） | 10,692 円 | 21,606 円 |

<要介護>（1月につき）※同一建物に居住する者以外の者に対する

|                    |           |           |           |           |           |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 利用者の要介護度           | 要介護 1     | 要介護 2     | 要介護 3     | 要介護 4     | 要介護 5     |
| 小規模多機能型居宅介護費       | 10,458 単位 | 15,370 単位 | 22,359 単位 | 24,677 単位 | 27,209 単位 |
| サービス利用料金           | 108,031 円 | 158,772 円 | 230,968 円 | 254,913 円 | 281,068 円 |
| サービス利用に係る自己負担額(1割) | 10,804 円  | 15,878 円  | 23,097 円  | 25,492 円  | 28,107 円  |
| サービス利用に係る自己負担額(2割) | 21,607 円  | 31,755 円  | 46,194 円  | 50,983 円  | 56,214 円  |
| サービス利用に係る自己負担額(3割) | 32,410 円  | 47,632 円  | 69,291 円  | 76,474 円  | 84,321 円  |

☆上記の料金には 7 ページ※地域区分が含まれています。

☆月ごとの包括料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により居宅介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、または居宅介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。

☆月途中から登録した場合または月途中で登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い、訪問、宿泊のいずれかのサービスを実際に利用開始した日

登録終了日・・・利用者と事業所の利用契約を終了した日

☆利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援及び要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うため必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆利用者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます。（下記（2）ア及びイ参照）

☆介護保険から給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

## イ. 加算

### ①初期加算（1日につき30単位）

居宅介護事業所に登録してから起算して30日以内の期間については、初期加算として下記のとおり加算分の自己負担が必要となります。30日を超える入院をされた後に再び開始した場合も同様です。

### ②認知症加算（1ヶ月につきⅢ760単位）（1ヶ月につきⅣ460単位）

（要介護者のみの加算）

（Ⅲ）日常生活自立度のランクⅢ・Ⅳ又はMに該当する方が対象。

（Ⅳ）日常生活自立度のランクⅡに該当する方で要介護2の方が対象。

### ③総合マネジメント体制強化加算Ⅱ（1ヶ月につき800単位）

個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、介護職員や看護職員等の多職種協働により、随時適切に見直しを行っていることが条件となります。

### ④介護職員等処遇改善加算Ⅱ

介護サービス利用料金と各加算の所定単位数の合計に1000分の146（14.6％）を乗じて算出したものを、介護職員等処遇改善加算Ⅱの単位数とします。

算出した単位数に地域区分（10.33円）を乗じた額が1ヶ月の介護保険請求額となり、その1割相当額が自己負担となります。

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ア. 食事の提供（食事代）

利用者に提供する食事に要する費用です。

料金：朝食 500円、昼食 650円、夕食 600円、おやつ200円

#### イ. 宿泊に要する費用

利用者に提供する宿泊サービスの宿泊に要する費用です。

1日 2,600円

#### ウ. 通常の事業の実施区域以外の利用者に対する送迎及び交通費

通常の事業の実施区域を越えた時点からの片道おおむね1km以上200円（片道当り）

#### エ. おむつ代等

実費負担をいただきます。

#### オ. レクリエーション活動等

利用者の希望によりレクリエーション活動等に参加していただくことができます。材料代等の実費をいただきます。

#### カ. 複写物の交付

利用者は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

#### キ. 領収書の再発行

領収書は原則として再発行しないものとします。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、利用者又は利用者代理人から領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行するものとします。

なお、発行に際しては、文書料として、一通につき金500円（税別）を申し受けます。

☆経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更する内容及び事由について、変更を行う日から2ヶ月前までにご説明します。

#### (3) 利用料金のお支払い方法

(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、次のいずれかの方法により翌月末日までに、もしくは希望口座より自動引落としにて翌月27日にお支払いいただきます。尚、27日が土・日・祝日の場合はその翌日にお支払いください。

- ①事業所での現金支払い
- ②指定口座への振込み
- ③三菱UFJニコスでの自動引落とし

#### (4) 利用の中止、変更、追加

☆居宅介護サービスは、居宅介護計画に定められた内容を基本としつつ、利用者の日々の状態、希望等を勘案し、適時適切に通いサービス、訪問サービスまたは宿泊サービスを組み合わせて介護を提供するものです。

☆利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には原則としてサービスの実施日の前日15時までに事業所に申し出てください。

☆5.(1)の介護保険の対象となるサービスについては、利用料金は1ヶ月ごとの包括費用（定額）のため、サービスの利用回数を変更された場合も1ヶ月の利用料金は変更されません。ただし、5.(2)の介護保険の対象外のサービスについては、利用予定日の前日15時までに申し出がなく、それ以降になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

☆サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

#### (5) 居宅介護計画について

居宅介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより、地域での暮らしを支援するものです。

事業所は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するため、利用者と協議の

上で居宅介護計画を定め、またその実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明の上交付します。

(6) サービス提供の記録

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録し、その控えを利用者に交付します。またこの記録は契約終了後5年間保存することとします。

6. 衛生管理及び感染症の対策等

- 1 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
- 2 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
  - (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
  - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
  - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

7. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業所及び事業者の職員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業所は、前項の規定にかかわらず、利用者及び家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用・提供、または収集します。

☆利用者に関わる居宅サービス計画及び居宅介護計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供

☆介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整

☆利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合

☆利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合

(3) 個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下のとおりです。

| 必要書類例      |           |
|------------|-----------|
| ①介護保険被保険者証 | ⑥主治医の意見書  |
| ②アセスメント書類  | ⑦減額認定証    |
| ③居宅サービス計画書 | ⑧サービス提供記録 |
| ④居宅介護計画書   | ⑨身体障害者手帳  |
| ⑤経過報告書     | ⑩診断書      |

※個人情報の使用及び提供期間は、契約終了後も他施設等を利用される際に円滑

な介護サービスが提供される様に使用することがあります。契約終了後 2 年間は記録等も保存しております。

## 8. サービス提供に関する相談・苦情の受付について

### (1) 事業所における苦情の受付

事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

☆ 苦情受付窓口 (担当者)                    管理者 大橋 みゆき

☆ 受付時間    随時      9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 【市町村の窓口】<br>彦根市高齢福祉課        | 所在地      滋賀県彦根市八坂町1900-4<br>電話番号    0749-24-0828<br>F A X        0749-26-1768   |
| 【公的団体の窓口】<br>滋賀県国民健康保険団体連合会 | 所在地      滋賀県大津市中央4丁目5-9<br>電話番号    077-522-0065 (介護保険課)<br>F A X        077-510-6606 (介護保険課)<br>電話番号    077-510-6605 (苦情相談窓口) |

## 9. 相談・苦情解決の体制及び手順

苦情又は相談があった場合には、利用者の状況を詳細に把握するよう必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行い、苦情に関する問題点を把握した上で検討を行い、再発防止の対策を決めていきます。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

## 10. 運営推進会議の設置

事業所では、居宅介護サービスの提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置しています。

### <運営推進会議>

構 成 : 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員または地域包括支援センターの職員、事業所担当職員

開 催 : 隔月で開催

議事録 : 運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

## 11. 協力医療機関、バックアップ施設

事業所では、利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

- ・医療機関      ①医療法人中西医院  
彦根市芹橋二丁目 9-14      (TEL) 0749-22-1152
- ②医療法人悠悠会 いそクリニック (歯科)  
米原市磯 1729-1              (TEL) 0749-52-3000
  
- ・介護施設      ①介護老人保健施設  
介護老人保健施設アロフェンテ彦根  
彦根市竹ヶ鼻町 80              (TEL) 0749-21-3300

1 2. 非常火災時の対応

非常火災時には、別途定める消防計画に則って対応を行います。また避難訓練を年2回、利用者も参加して行います。

彦根市消防署への届出日： 令和5年8月1日

防火管理者： 田村紗野花

<消防用設備>

自動火災報知器、スプリンクラー、消火器等消防法による設備を設置しています。

<地震、洪水等災害発生時の対応>

災害マニュアルに基づき緊急体制の確保及び対応を行います。

1 3. 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
  - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
  - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
  - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
  - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
- (2) 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
- (3) 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。
- (4) 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を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
  - ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。

- ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

#### 1 4. 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する。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に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。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
- (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。

2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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する。

#### 1 5. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定小規模多機能居宅介護ならびに指定介護予防小規模多機能居宅介護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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- (2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的（年1回以上）に実施するものとする。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

#### 1 6. 留意事項

- ☆サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示ください。
- ☆事業所内の設備や機器は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ☆他の利用者の迷惑となる行為はご遠慮ください。
- ☆所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ☆事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

#### 1 7. 第三者評価の実施状況（有 無）

評価機関（ ） 評価日（ ）

評価結果の公開状況（有 無）

令和 年 月 日

上記の通り、小規模多機能居宅介護の重要事項の説明を本書面に基づき行いました。

|     |       |                       |
|-----|-------|-----------------------|
| 事業所 | 所在地   | 滋賀県彦根市平田町 1 1 1 4 - 1 |
|     | 事業所名  | 平田小規模多機能ホーム爽やかな風      |
|     | 説明者氏名 | 印                     |

上記の通り、小規模多機能居宅介護の重要事項の説明を事業所から説明を受け、同意しました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 本人  | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

平田ケアレジデンス翔裕館

介護付き有料老人ホーム

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン



## 重要事項説明書

|       |          |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 2024/7/1 |
| 記入者名  | 佐藤 裕子    |
| 所属・職名 | 管理者      |

※ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている有料老人ホームについては、「登録申請書の添付書類等の参考とする様式について（平成23年10月7日付け厚生労働省老健局高齢者支援課長・国土交通省住宅局安心居住推進課長事務連絡）」の別紙4の記載内容を合わせて記載して差し支えありません。その場合、以下の1から3まで及び6の内容については、別紙4の記載内容で説明されているものとみなし、欄自体を削除して差し支えありません。

## 1. 事業主体概要

|            |                                       |              |
|------------|---------------------------------------|--------------|
| 種類         | 法人                                    |              |
|            | ※法人の場合、その種類                           | 株式会社         |
| 名称         | (ふりがな) かぶしきかいしゃさんがじゃぱん<br>株式会社サンガジャパン |              |
| 主たる事務所の所在地 | 〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9      |              |
| 連絡先        | 電話番号                                  | 048-614-1541 |
|            | FAX番号                                 | 048-614-1552 |
|            | ホームページアドレス                            |              |
| 代表者        | 氏名                                    | 山口 智博        |
|            | 職名                                    | 代表取締役        |
| 設立年月日      |                                       |              |
| 主な実施事業     | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)                |              |

## 2. 有料老人ホーム事業の概要

## (住まいの概要)

|     |  |
|-----|--|
| 名称  | (ふりがな) ひらたけあれじでんすしょうゆうかん<br>平田ケアレジデンス翔裕館 |
| 所在地 | 〒522-0041<br>滋賀県彦根市平田町1114-1             |

|               |            |   |
|---------------|------------|---|
| 主な利用交通手段      | 最寄駅        | 彦根駅   |
|               | 交通手段と所要時間  | J R彦根駅から湖国バス三津屋線<br>ベルパーク平田下車（所要時間9分）<br>下車後、徒歩5分 |
| 連絡先           | 電話番号       | 0749-21-2881                                      |
|               | FAX番号      | 0749-21-2883                                      |
|               | ホームページアドレス |   |
| 管理者           | 氏名         | 佐藤 裕子   |
|               | 職名         | 管理者   |
| 建物の竣工日        |            | 平成25年6月1日   |
| 有料老人ホーム事業の開始日 |            | 令和3年1月1日  |

**（類型）【表示事項】**

|                                    |            |            |
|------------------------------------|------------|------------|
| ① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合）       |            |            |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |            |            |
| 3 住宅型                              |            |            |
| 4 健康型                              |            |            |
| 1又は2に<br>該当する場<br>合                | 介護保険事業者番号  | 2590200362 |
|                                    | 指定した自治体名   | 彦根市        |
|                                    | 事業所の指定日    | 令和3年1月1日   |
|                                    | 指定の更新日（直近） | 令和8年12月31日 |

**3. 建物概要**

|         |           |                                 |  |
|---------|-----------|---------------------------------|--|
| 土地      | 敷地面積      | 1230.54㎡                        |  |
|         | 所有関係      | 1 事業者が自ら所有する土地                  |  |
|         |           | ② 事業者が賃借する土地                    |  |
|         |           | 抵当権の有無                          | 1 あり ② なし                              |
|         |           | 契約期間                            | ① あり<br>(2013年6月1日～2038年5月31日)<br>2 なし |
| 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし |                                 |  |
| 建物      | 延床面積      | 全体                              | 2023.80㎡                               |
|         |           | うち、老人ホーム部分                      | 611.31㎡                                |
|         | 耐火構造      | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他（ ） |  |

|  |                  |  |                 |                       |       |     |
|--|------------------|--|-----------------|-----------------------|-------|-----|
|  | 構造               | 1 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>④ その他（S造 地上3階） |                 |                       |       |     |
|  | 所有関係             | 1 事業者が自ら所有する建物                                 |                 |                       |       |     |
|  |                  | ② 事業者が賃借する建物                                   |                 |                       |       |     |
|  |                  | 抵当権の設定   | 1 あり ② なし       |                       |       |     |
|  | 契約期間             | ① あり<br>(2013年6月1日～2038年5月31日)<br>2 なし         |                 |                       |       |     |
|  | 契約の自動更新          | 1 あり 2 なし                                      |                 |                       |       |     |
| 居室の状況  | 居室区分<br>【表示事項】   | ① 全室個室   |                 |                       |       |     |
|  |                  | 2 相部屋あり  |                 |                       |       |     |
|  |                  | 最少   | 人部屋             |                       |       |     |
|  |                  | 最大   | 人部屋             |                       |       |     |
|  |                  | トイレ  | 浴室              | 面積                    | 戸数・室数 | 区分* |
|  | タイプ1             | ④/無  | 有/④             | 15.508 m <sup>2</sup> | 4     |     |
|  | タイプ2             | ④/無  | 有/④             | 15.952 m <sup>2</sup> | 2     |     |
|  | タイプ3             | ④/無  | 有/④             | 16.202 m <sup>2</sup> | 2     |     |
|  | タイプ4             | ④/無  | 有/④             | 16.186 m <sup>2</sup> | 12    |     |
|  | タイプ5             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>        |       |     |
|  | タイプ6             | 有/無  | 有/無             | m <sup>2</sup>        |       |     |
| タイプ7   | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                       |       |     |
| タイプ8   | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                       |       |     |
| タイプ9   | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                       |       |     |
| タイプ10  | 有/無              | 有/無  | m <sup>2</sup>  |                       |       |     |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 |                  |  |                 |                       |       |     |
| 共用施設   | 共用便所における<br>便房   | 1ヶ所  | うち男女別の対応が可能な便房  | 0ヶ所                   |       |     |
|  |                  |  | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 1ヶ所                   |       |     |
|  | 共用浴室             | 2ヶ所  | 個室              | 2ヶ所                   |       |     |
|  |                  |  | 大浴場             | 0ヶ所                   |       |     |
|  | 共用浴室における<br>介護浴槽 | 1ヶ所  | チェアー浴           | 1ヶ所                   |       |     |
| リフト浴   |                  |  | 1ヶ所             |                       |       |     |
| ストレッチャー浴   |                  |  | 0ヶ所             |                       |       |     |
| その他（ ）   |                  |  | 0ヶ所             |                       |       |     |
| 食堂   | ① あり 2 なし        |  |                 |                       |       |     |

|        |                  |  |
|--------|------------------|--|
|        | 入居者や家族が利用できる調理設備 | ① あり      2 なし   |
|        | エレベーター           | 1 あり (車椅子対応)<br>② あり (ストレッチャー対応)<br>3 あり (上記1・2に該当しない)<br>4 なし |
| 消防用設備等 | 消火器              | ① あり      2 なし   |
|        | 自動火災報知設備         | ① あり      2 なし   |
|        | 火災通報設備           | ① あり      2 なし   |
|        | スプリンクラー          | ① あり      2 なし   |
|        | 防火管理者            | ① あり      2 なし   |
|        | 防災計画             | ① あり      2 なし   |
| その他    |                  |  |

#### 4. サービスの内容

##### (全体の方針)

|                 |   |
|-----------------|---|
| 運営に関する方針        | 常に愛情と敬意をもって利用者の自立を助け、利用者一人一人のニーズと意思を尊重した支援を行います |
| サービスの提供内容に関する特色 | 利用者の自立を支援し、家庭的な雰囲気でご過ごせるよう支援します。                |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                          |
| 食事の提供           | 1 自ら実施    ② 委託    3 なし                          |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                          |
| 健康管理の供与         | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                          |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                          |
| 生活相談サービス        | ① 自ら実施    2 委託    3 なし                          |

##### (介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

|                                |                |              |              |
|--------------------------------|----------------|--------------|--------------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 個別機能訓練加算       | 1 あり    ② なし |              |
|                                | 夜間看護体制加算       | 1 あり    ② なし |              |
|                                | 医療機関連携加算       | ① あり    2 なし |              |
|                                | 看取り介護加算        | 1 あり    ② なし |              |
|                                | 認知症専門<br>ケア加算  | (Ⅰ)          | 1 あり    ② なし |
|                                |                | (Ⅱ)          | 1 あり    ② なし |
|                                | サービス提<br>供体制強化 | (Ⅰ)イ         | 1 あり    ② なし |
|                                |                | (Ⅰ)ロ         | 1 あり    ② なし |

|                      |      |                      |           |
|----------------------|------|----------------------|-----------|
|                      | 加算   | (Ⅱ)                  | 1 あり ② なし |
|                      |      | (Ⅲ)                  | 1 あり ② なし |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率)<br>: 1 |           |
|                      | ② なし |                      |           |

**(医療連携の内容)**

|                |   |   |                    |
|----------------|---|---|--------------------|
| 医療支援<br>※複数選択可 |   | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い<br>③ 通院介助<br>④ その他 ( ) |                    |
| 協力医療機関         | 1 | 名称  | 医療法人社団五心会 ひらたクリニック |
|                |   | 住所  | 彦根市平田町448-1        |
|                |   | 診療科目  | 内科・外科              |
|                |   | 協力内容  | 往診による日常的な健康管理      |
|                | 2 | 名称  | 医療法人 中西医院          |
|                |   | 住所  | 彦根市芹橋2-9-14        |
|                |   | 診療科目  | 内科                 |
|                |   | 協力内容  | 必要時の診察             |
| 協力歯科医療機関       |   | 名称  | 医療法人 悠悠会 いそクリニック   |
|                |   | 住所  | 米原市磯1729-1         |
|                |   | 協力内容  | 必要時の診察             |

**(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能**

|                          |        |  |  |
|--------------------------|--------|--|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 |        | 1 一時介護室へ移る場合<br>2 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( ) |  |
| 判断基準の内容                  |        |  |  |
| 手続きの内容                   |        |  |  |
| 追加的費用の有無                 |        | 1 あり 2 なし                                |  |
| 居室利用権の取扱い                |        |  |  |
| 前払金償却の調整の有無              |        | 1 あり 2 なし                                |  |
| 従前の居室との<br>仕様の変更         | 面積の増減  | 1 あり 2 なし                                |  |
|                          | 便所の変更  | 1 あり 2 なし                                |  |
|                          | 浴室の変更  | 1 あり 2 なし                                |  |
|                          | 洗面所の変更 | 1 あり 2 なし                                |  |

|  |        |           |        |
|--|--------|-----------|--------|
|  | 台所の変更  | 1 あり ② なし |        |
|  | その他の変更 | 1 あり      | (変更内容) |
|  |        | ② なし      |        |

**(入居に関する要件)**

|                    |                                   |             |
|--------------------|-----------------------------------|-------------|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | 自立している者                           | 1 あり ② なし   |
|                    | 要支援の者                             | 1 あり ② なし   |
|                    | 要介護の者                             | ① あり 2 なし   |
| 留意事項               | 無し                                |             |
| 契約の解除の内容           | 入居申込書に虚偽の事項を記載する等の不正手段により入居した場合、他 |             |
| 事業主体から解約を求める場合     | 解約条項                              | 入居契約書第 30 条 |
|                    | 解約予告期間                            | 0 ヶ月        |
| 入居者からの解約予告期間       | 1 ヶ月                              |             |
| 体験入居の内容            | ① あり (内容: 6 泊 7 日まで無料 )<br>2 なし   |             |
| 入居定員               | 20 人                              |             |
| その他                |                                   |             |

**5. 職員体制**

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

**(職種別の職員数)**

|         | 職員数 (実人数) |    |     | 常勤換算人数<br>※1※2 |
|---------|-----------|----|-----|----------------|
|         | 合計        | 常勤 | 非常勤 |                |
| 管理者     | 1         | 1  | 0   | 0.1            |
| 生活相談員   | 2         | 1  | 1   | 1.0            |
| 直接処遇職員  | 15        | 6  | 9   | 9.7            |
| 介護職員    | 15        | 12 | 3   | 8.5            |
| 看護職員    | 3         | 1  | 2   | 1.9            |
| 機能訓練指導員 | 1         | 0  | 1   | 0.3            |
| 計画作成担当者 | 1         | 0  | 1   | 0.3            |
| 栄養士     | 0         | 0  | 0   | 0              |
| 調理員     | 0         | 0  | 0   | 0              |
| 事務員     | 0         | 0  | 0   | 0              |

|   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|----|
| その他職員   | 0 | 0 | 0 | 0  |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 <sup>※2</sup>  |   |   |   | 40 |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> |   |   |   |    |

**(資格を有している介護職員の人数)**

|           | 合計 |     |   |
|-----------|----|-----|---|
|           | 常勤 | 非常勤 |   |
| 社会福祉士     | 0  | 0   | 0 |
| 介護福祉士     | 5  | 3   | 2 |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1   | 0 |
| 初任者研修の修了者 | 1  | 0   | 1 |
| 介護支援専門員   | 1  | 0   | 1 |

**(資格を有している機能訓練指導員の人数)**

|             | 合計 |     |   |
|-------------|----|-----|---|
|             | 常勤 | 非常勤 |   |
| 看護師又は准看護師   | 4  | 1   | 3 |
| 理学療法士       | 0  | 0   | 0 |
| 作業療法士       | 0  | 0   | 0 |
| 言語聴覚士       | 0  | 0   | 0 |
| 柔道整復士       | 0  | 0   | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0  | 0   | 0 |

**(夜勤を行う看護・介護職員の人数)**

| 夜勤帯の設定時間 ( 16時～ 9時) |      |                 |
|---------------------|------|-----------------|
|                     | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員                | 0人   | 0人              |
| 介護職員                | 1人   | 1人              |

**(特定施設入居者生活介護等の提供体制)**

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 | 契約上の職員配置比率 <sup>※</sup><br><b>【表示事項】</b> | a 1.5 : 1以上<br>b 2 : 1以上<br>c 2.5 : 1以上 |
|-------------------------------|--|---|

|  |                                  |           |
|--|----------------------------------|-----------|
| (一般型特定施設以外の場<br>合、本欄は省略可能)   |                                  | d 3 : 1以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数：常勤換算職員数) |           |
| ※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択  |                                  |           |
| 外部サービス利用型特定施設である有料<br>老人ホームの介護サービス提供体制(外部<br>サービス利用型特定施設以外の場合、本欄<br>は省略可能) | ホームの職員数                          | 人         |
|  | 訪問介護事業所の名称                       |           |
|  | 訪問看護事業所の名称                       |           |
|  | 通所介護事業所の名称                       |           |

**(職員の状況)**

|   |               |      |           |      |           |       |     |         |     |         |     |
|---|---------------|------|-----------|------|-----------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|
| 管理者                                     | 他の職務との兼務      |      | ① あり 2 なし |      |           |       |     |         |     |         |     |
|   | 業務に係る資格等      |      | 1 あり      |      |           |       |     |         |     |         |     |
|   |               |      | 資格等の名称    |      |           |       |     |         |     |         |     |
|   |               | ② なし |           |      |           |       |     |         |     |         |     |
|   |               | 看護職員 |           | 介護職員 |           | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |     |
|   |               | 常勤   | 非常勤       | 常勤   | 非常勤       | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 |
| 前年度1年間の<br>採用者数                         |               | 0    | 1         | 1    | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 前年度1年間の<br>退職者数                         |               | 0    | 2         | 1    | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
| 応じた<br>業務に<br>従事<br>した<br>職員<br>の<br>人数 | 1年未満          | 0    | 1         | 3    | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|   | 1年以上<br>3年未満  | 0    | 0         | 1    | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|   | 3年以上<br>5年未満  | 0    | 1         | 1    | 1         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|   | 5年以上<br>10年未満 | 1    | 0         | 1    | 1         | 0     | 0   | 0       | 1   | 0       | 1   |
|   | 10年以上         | 0    | 0         | 0    | 0         | 0     | 0   | 0       | 0   | 0       | 0   |
|   | 従業者の健康診断の実施状況 |      |           |      | ① あり 2 なし |       |     |         |     |         |     |

**6. 利用料金**

**(利用料金の支払い方法)**

|                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| 居住の権利形態<br>【表示事項】 | ① 利用権方式<br>2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式 |
| 利用料金の支払い方式        | 1 全額前払い方式                           |

|                                |                        |   |
|--------------------------------|------------------------|---|
| 【表示事項】                         | 2 一部前払い・一部月払い方式        |   |
|                                | ③ 月払い方式                |   |
|                                | 4 選択方式<br>※該当する方式を全て選択 | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定                     | 1 あり ② なし              |   |
| 要介護状態に応じた金額設定                  | 1 あり ② なし              |   |
| 入院等による不在時における<br>利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし<br>2 日割り計算で減額   |   |
| 利用料金<br>の改定                    | 条件                     | 物価の変動や人件費の増額、または厚生労働省による介護報酬改定時         |
|                                | 手続き                    | 利用者に通知し書面で同意（署名捺印）をいただきます               |

**（利用料金のプラン【代表的なプランを2例】）**

|   |                               | プラン1       | プラン2     |         |
|---|-------------------------------|------------|----------|---------|
| 入居者の状<br>況  | 要介護度                          | 要介護3       | 要介護4     |         |
|   | 年齢                            | 90歳        | 86歳      |         |
| 居室の状況   | 床面積                           | 16.186㎡    | 15.508㎡  |         |
|   | 便所                            | ① 有 2 無    | ① 有 2 無  |         |
|   | 浴室                            | 1 有 ② 無    | 1 有 ② 無  |         |
|   | 台所                            | 1 有 ② 無    | 1 有 ② 無  |         |
| 入居時点で<br>必要な費用  | 前払金                           | 0円         | 0円       |         |
|   | 敷金                            | 0円         | 0円       |         |
| 月額費用の合計   |                               | 228,651円   | 230,871円 |         |
| 家賃  |                               | 70,000円    | 70,000円  |         |
| サービス費用  | 特定施設入居者生活介護 <sup>※1</sup> の費用 | 23,451円    | 25,671円  |         |
|   | 介護保険外 <sup>※2</sup>           | 食費（おやつ含まず） | 56,700円  | 56,700円 |
|   |                               | 共益費        | 56,500円  | 56,500円 |
|   |                               | 管理費        | 16,500円  | 16,500円 |
|   |                               | 介護費用       | 0円       | 0円      |
|   |                               | 受信料等       | 0円       | 0円      |
|   | 寝具サービス費                       | 5,500円     | 5,500円   |         |
| <p>※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。</p> <p>※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）</p> |                               |            |          |         |

**(利用料金の算定根拠)**

| 費目                   | 算定根拠                         |
|----------------------|------------------------------|
| 家賃                   | 近隣の共同住宅家賃に入居一時金相当分を加算して算定    |
| 敷金                   | なし                           |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない。        |
| 共益費                  | 設備その他共用部分の維持及び管理費            |
| 管理費（税別）              | 共用部及び専用居室の水道光熱費等             |
| 食費（税別）               | 朝食500円、昼食640円、夕食610円、おやつ200円 |
| 受信料等                 | なし                           |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添2                          |
| その他のサービス利用料          | なし                           |

**(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能**

| 費目   | 算定根拠  |
|--|-------|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担                       | 別添2参照 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | 無し    |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。                        |       |

**(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能**

|                                     |                   |     |
|-------------------------------------|-------------------|-----|
| 算定根拠                                |                   |     |
| 想定居住期間（償却年月数）                       |                   | ヶ月  |
| 償却の開始日                              |                   | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） |                   | 円   |
| 初期償却率                               |                   | %   |
| 返還金の算定方法                            | 入居後3月以内の契約終了      |     |
|                                     | 入居後3月を超えた契約終了     |     |
| 前払金の保全先                             | 1 連帯保証を行う銀行等の名称   |     |
|                                     | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |     |
|                                     | 3 保証保険を行う保険会社の名称  |     |
|                                     | 4 全国有料老人ホーム協会     |     |
|                                     | 5 その他（名称： _____）  |     |

## 7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

### (入居者の人数)

|       |             |     |
|-------|-------------|-----|
| 性別    | 男性          | 7人  |
|       | 女性          | 13人 |
| 年齢別   | 65歳未満       | 0人  |
|       | 65歳以上 75歳未満 | 1人  |
|       | 75歳以上 85歳未満 | 7人  |
|       | 85歳以上       | 12人 |
| 要介護度別 | 自立          | 0人  |
|       | 要支援1        | 0人  |
|       | 要支援2        | 0人  |
|       | 要介護1        | 0人  |
|       | 要介護2        | 6人  |
|       | 要介護3        | 8人  |
|       | 要介護4        | 4人  |
|       | 要介護5        | 2人  |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満       | 7人  |
|       | 6ヶ月以上1年未満   | 1人  |
|       | 1年以上5年未満    | 7人  |
|       | 5年以上10年未満   | 5人  |
|       | 10年以上15年未満  | 0人  |
|       | 15年以上       | 0人  |

### (入居者の属性)

|   |       |
|---|-------|
| 平均年齢  | 88.6歳 |
| 入居者数の合計   | 20人   |
| 入居率※  | 100%  |
| ※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。 |       |

### (前年度における退去者の状況)

|         |         |    |
|---------|---------|----|
| 退去先別の人数 | 自宅等     | 0人 |
|         | 社会福祉施設  | 1人 |
|         | 医療機関    | 5人 |
|         | 死亡者     | 0人 |
|         | その他     | 0人 |
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0人 |

|   |          |                           |
|---|----------|---------------------------|
| 況 |          | (解約事由の例)                  |
|   | 入居者側の申し出 | 4人                        |
|   |          | (解約事由の例) 医療機関への入院が長期化するため |

## 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

|          |                 |                 |            |
|----------|-----------------|-----------------|------------|
| 窓口の名称    | 平田ケアレジデンス翔裕館    | (株)サンガジャパン西日本支社 |            |
| 電話番号     | 0749-21-2881    | 075-256-8700    |            |
| 対応している時間 | 平日              | 9:00-17:00      | 9:00-17:00 |
|          | 土曜              | —               | —          |
|          | 日曜・祝日           | —               | —          |
| 定休日      | 土日祝日            | 土日祝日            |            |
| 窓口の名称    | 彦根市高齢福祉課        | 滋賀県国民健康保険団体連合会  |            |
| 電話番号     | 0749-24-0828    | 077-522-0065    |            |
| 対応している時間 | (平日) 8:30-17:15 | (平日) 9:00-17:00 |            |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |      |                                    |
|-------------------------------|------|------------------------------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | 1 あり | (その内容)<br>あいおいニッセイ同和損保による賠償責任保険に加入 |
|                               | 2 なし |                                    |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 | 1 あり | (その内容) 当施設で発生した事故については速やかに損害を賠償します |
|                               | 2 なし |                                    |
| 事故対応及びその予防のための指針              | 1 あり | 2 なし                               |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|                                  |      |        |           |
|----------------------------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | 2 なし |        |           |
| 第三者による評価の実施状況                    | 1 あり | 実施日    |           |
|                                  |      | 評価機関名称 |           |
|                                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                                  | 2 なし |        |           |

9. 入居希望者への事前の情報開示

|          |  |
|----------|--|
| 入居契約書の雛形 | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="radio"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="radio"/> 3 公開していない |
| 管理規程     | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="radio"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="radio"/> 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="radio"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="radio"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="radio"/> 3 公開していない |
| 財務諸表の原本  | <input checked="" type="radio"/> 1 入居希望者に公開<br><input type="radio"/> 2 入居希望者に交付<br><input type="radio"/> 3 公開していない |

10. その他

|  |  |
|--|--|
| 運営懇談会  | <input checked="" type="radio"/> 1 あり (開催頻度) 年 1回  |
|  | <input type="radio"/> 2 なし   |
|  | <input type="radio"/> 1 代替措置あり (内容)  |
|  | <input type="radio"/> 2 代替措置なし   |
| 提携ホームへの移行  | <input type="radio"/> 1 あり (提携ホーム名: )<br><input checked="" type="radio"/> 2 なし   |
| 【表示事項】   | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし<br><input type="radio"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出               | <input checked="" type="radio"/> 1 あり <input type="radio"/> 2 なし<br><input type="radio"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要 |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「5.規模及び構造設備」に合致しない事項              | <input type="radio"/> 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし   |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 合致しない事項がある場合の内容                |  |
| 「6. 既存建築物等の活用<br>の場合等の特例」への適合性 | 1 適合している（代替措置）<br>2 適合している（将来の改善計画）<br>3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導<br>指針の不適合事項      | 無し   |
| 不適合事項がある場合の内容                  |  |

添付書類：別添1（別の実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

※ \_\_\_\_\_ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が滋賀県内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類                 |    |    | 事業所の名称  | 所在地   |
|---------------------------|----|----|---|---|
| <b>&lt;居宅サービス&gt;</b>     |    |    |   |   |
| 訪問介護                      | あり | なし | 平田訪問介護ステーション真やかな風<br>かたた訪問介護ステーション            | 彦根市平田町448-1<br>大津市本堅田6-31-29                  |
| 訪問入浴介護                    | あり | なし |   |   |
| 訪問看護                      | あり | なし |   |   |
| 訪問リハビリテーション               | あり | なし |   |   |
| 居宅療養管理指導                  | あり | なし |   |   |
| 通所介護                      | あり | なし | かすがや生デイサービス<br>琵琶湖大橋デイサービス                    | 大津市本堅田6-16-8<br>大津市本堅田4-4-18                  |
| 通所リハビリテーション               | あり | なし |   |   |
| 短期入所生活介護                  | あり | なし | 平田ケアホテル舞鶴館<br>琵琶湖大橋ケアホテル<br>瀬田大江ケアホテル舞鶴館      | 彦根市平田町1114-1<br>大津市本堅田4-4-21<br>大津市瀬田大江町32-19 |
| 短期入所療養介護                  | あり | なし |   |   |
| 特定施設入居者生活介護               | あり | なし |   |   |
| 福祉用具貸与                    | あり | なし |   |   |
| 特定福祉用具販売                  | あり | なし |   |   |
| <b>&lt;地域密着型サービス&gt;</b>  |    |    |   |   |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護          | あり | なし |   |   |
| 夜間対応型訪問介護                 | あり | なし |   |   |
| 地域密着型通所介護                 | あり | なし | まおごまデイサービス真やかな風                               | 大津市雄琴3-1-7                                    |
| 認知症対応型通所介護                | あり | なし | 平田デイサービス真やかな風                                 | 彦根市平田町1114-1                                  |
| 小規模多機能型居宅介護               | あり | なし | 平田小規模多機能ホーム真やかな風                              | 彦根市平田町1114-1                                  |
| 認知症対応型共同生活介護              | あり | なし | ひなたグループホーム舞鶴館                                 | 彦根市平田町448-1                                   |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護          | あり | なし | 平田ケアレジデンス舞鶴館                                  | 彦根市平田町1114-1                                  |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護      | あり | なし |   |   |
| 看護小規模多機能型居宅介護             | あり | なし |   |   |
| 居宅介護支援                    | あり | なし | 平田ケアプラザセンター真やかな風<br>琵琶湖大橋ケアプラザセンター            | 彦根市平田町1114-1<br>大津市本堅田4-4-21                  |
| <b>&lt;居宅介護予防サービス&gt;</b> |    |    |   |   |
| 介護予防訪問相当サービス              | あり | なし | 平田訪問介護ステーション真やかな風<br>かたた訪問介護ステーション            | 彦根市平田町448-1<br>大津市本堅田6-31-29                  |
| 介護予防訪問入浴介護                | あり | なし |   |   |
| 介護予防訪問看護                  | あり | なし |   |   |
| 介護予防訪問リハビリテーション           | あり | なし |   |   |
| 介護予防居宅療養管理指導              | あり | なし |   |   |
| 介護予防通所相当サービス              | あり | なし | かすがや生デイサービス<br>まおごまデイサービス真やかな風<br>琵琶湖大橋デイサービス | 大津市本堅田6-16-8<br>大津市雄琴3-1-7<br>大津市本堅田4-4-18    |
| 介護予防通所リハビリテーション           | あり | なし |   |   |
| 介護予防短期入所生活介護              | あり | なし | 平田ケアホテル舞鶴館<br>琵琶湖大橋ケアホテル<br>瀬田大江ケアホテル舞鶴館      | 彦根市平田町1114-1<br>大津市本堅田4-4-21<br>大津市瀬田大江町32-19 |
| 介護予防短期入所療養介護              | あり | なし |   |   |
| 介護予防特定施設入居者生活介護           | あり | なし |   |   |
| 介護予防福祉用具貸与                | あり | なし |   |   |
| 特定介護予防福祉用具販売              | あり | なし |   |   |

<地域密着型介護予防サービス>

|                  |    |    |                  |              |
|------------------|----|----|------------------|--------------|
| 介護予防認知症対応型通所介護   | あり | なし | 平田デイサービス東やかな屋    | 彦根市平田町1114-1 |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | あり | なし | 平田小規模多機能ホーム東やかな屋 | 彦根市平田町1114-1 |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | ひらたグループホーム輝屋     | 彦根市平田町448-1  |
| 介護予防支援           | あり | なし |                  |              |

<介護保険施設>

|           |    |    |  |  |
|-----------|----|----|--|--|
| 介護老人福祉施設  | あり | なし |  |  |
| 介護老人保健施設  | あり | なし |  |  |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし |  |  |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 |                                   |    |                            |    |      |      |          | あり                              |
|----------------------------------|-----------------------------------|----|----------------------------|----|------|------|----------|---------------------------------|
|                                  | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1） |    | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） |    | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3（税別） | 備考                              |
|                                  | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |          |                                 |
| 介護サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |          |                                 |
| 食事介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 排泄介助・おむつ交換                       | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| おむつ代                             |                                   |    | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭                     | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 1,500/回  | 週3回目以降                          |
| 特浴介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 3,500/回  | 週3回目以降                          |
| 身辺介助（移動・着替え等）                    | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |          |                                 |
| 機能訓練                             | なし                                | あり | なし                         | あり |      |      |          |                                 |
| 通院介助                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 2,000/回  | 2時間未満、協力医療機関はサービス包含、協力医療機関以外は都度 |
| 生活サービス                           |                                   |    |                            |    |      |      |          |                                 |
| 居室清掃                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          | 週1回                             |
| リネン交換                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 500/回    | 週1回交換<br>週1回目以降                 |
| 日常の洗濯                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | 500/回    | 週1回目以降                          |
| 居室配膳・下膳                          | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事                  |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費       |                                 |
| おやつ                              |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 200/回    |                                 |
| 理美容師による理美容サービス                   |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費       |                                 |
| 買い物代行                            | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    |          | 彦根市全域は包含、左記外は要相談                |
| 役所手続き代行                          | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 1,000/時  |                                 |
| 金銭・貯金管理                          |                                   |    | なし                         | あり |      |      |          |                                 |
| 健康管理サービス                         |                                   |    |                            |    |      |      |          |                                 |
| 定期健康診断                           |                                   |    | なし                         | あり |      | ○    | 実費       | 年2回                             |
| 健康相談                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 生活指導・栄養指導                        | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 服薬支援                             | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等）                 | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      |          |                                 |
| 入退院時・入院中のサービス                    |                                   |    |                            |    |      |      |          |                                 |
| 移送サービス                           | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 2,000/回  | 2時間未満、但し協力医療機関外                 |
| 入退院時の同行                          | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    | ○    | 2,000/回  | 2時間未満、但し協力医療機関外                 |
| 入院中の洗濯物交換・買い物                    | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | 1,000/回  | 洗濯2回/週、<br>買い物1回/週              |
| 入院中の見舞い訪問                        | なし                                | あり | なし                         | あり | ○    |      | 1,000/回  | 週2回以上                           |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する、また、都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

別添 3

地域密着型特定施設入居者生活介護（介護保険対象サービス利用料）

(1) 家賃、共益費、管理費

| 介護度    | 要介護 1        | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 | 内 容                          |
|--------|--------------|-------|-------|-------|-------|------------------------------|
| 家 賃    | 70,000 円     |       |       |       |       | ご契約頂いたお部屋の部屋代                |
| 管 理 費  | 15,000 円（税別） |       |       |       |       | ご契約頂いたお部屋の水道光熱費              |
| 共 益 費  | 56,500 円     |       |       |       |       | 共用部の維持管理費・各種サービス及び事務管理部門の人件費 |
| 合 計(1) | 141,500 円    |       |       |       |       | ※管理費、別途消費税あり                 |

※月の途中での入退居については、「家賃・共益費・管理費」共に日割り計算となります。

■日割計算式：1ヶ月30日として日割計算します

(2) 介護サービス基本単位（料金）

| 介護度        | 要介護 1             | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   | 備考                        |
|------------|-------------------|---------|---------|---------|---------|---------------------------|
| 基本単位(1日)   | 546               | 614     | 685     | 750     | 820     | 1ヶ月（30日として算定）あたりの自己負担額の目安 |
| 協力医療機関連携加算 | 上記基本単位に1月40単位を加算  |         |         |         |         |                           |
| 処遇改善加算(Ⅱ)  | 上記基本単位に「12.2%」を加算 |         |         |         |         |                           |
| (2)負担割合1割  | 18,875円           | 21,225円 | 23,680円 | 25,927円 | 28,347円 |                           |
| (3)負担割合2割  | 37,749円           | 42,450円 | 47,359円 | 51,854円 | 56,693円 |                           |
| (4)負担割合3割  | 56,623円           | 63,675円 | 71,039円 | 77,780円 | 85,039円 |                           |

■自己負担額(2)(3)(4)には、地域加算と処遇改善加算を含みます。

■地域加算：彦根市＝6級地 1単位＝10.27円

■協力医療機関連携加算 1月40単位

■退去時情報提供加算 250単位

■介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 介護サービス基本単位に 12.2%加算

※自己負担額の計算式(30日で算定)

①(基本単位(1日)×30日+医療連携体制加算80)+総単位×12.2%＝1ヶ月の単位数(小数点第一位を四捨五入)

②上記①で得た1ヶ月の単位数×10.27円＝1ヶ月の介護報酬額(小数点第一位を切り捨て)

③上記②で得た1ヶ月の介護報酬額×90%or80%or70%＝介護保険負担額(小数点第一位を切り捨て)

④上記②－上記③＝自己負担額

(3) 食事代 別途消費税がかかります

お食事代は、召し上がられた分のみの実費負担となります。

・朝食：500円・昼食：640円・夕食：610円

[1日の金額：1,750円]

・おやつ：200円

1ヶ月あたりの目安

(30日として算定)

52,500円

(4) 医療費、おむつ代、消耗品等 実費

(5) リネン代 5,000円(月額・税別)寝具一式とその交換クリーニング代です

令和 年 月 日

当事業所の地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについて、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 埼玉県さいたま市大宮区桜木町一丁目11番地9

名称 株式会社サンガジャパン

説明者 事業所名 平田ケアレジデンス翔裕館

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

私は、本書面に基づいて、事業者から地域密着型特定施設入居者生活介護サービスについての重要な事項の説明を受けました。

本人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(代理人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(続柄： )

