

特別養護老人ホーム ベルアルプ

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(指定 第2776301257号)

当施設はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

当施設への入居は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも入居は可能です。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	1
3. 居室の概要	2
4. 職員の配置状況	2
5. 当施設が提供するサービスと利用料金	3
6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）	18
7. 身元引受人	21
8. サービス提供における事業者の義務	22
9. 苦情の受付について	23
10. 損害賠償について	24
11. 緊急時の対応について	24
12. 事故発生時の対応について	25
13. 非常災害時の対応について	25
14. 高齢者虐待について	25
15. 感染対策の強化	26
16. 業務継続に向けての取り組み	26
17. 身体拘束について	26
18. ベルアルプ看取りに関する指針について	26

1. 施設経営法人

- | | |
|--------------|----------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人 悠人会 |
| (2) 法人所在地 | 大阪府堺市中区東山841-1 |
| (3) 電話番号 | 072-234-2005 |
| (4) F A X 番号 | 072-234-4691 |
| (5) 代表者氏名 | 理事長 亀山 雅男 |
| (6) 設立年月 | 昭和56年10月31日 |

2. ご利用施設

- | | |
|--------------|--|
| (1) 施設の種類 | 指定介護老人福祉施設
平成24年4月1日指定 第2776301257号 |
| (2) 施設の目的 | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むため必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、指定介護老人福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体的又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。 |
| (3) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム ベルアルプ |
| (4) 施設の所在地 | 大阪府堺市西区菱木一丁2343番16 |
| (5) 電話番号 | 072-349-6710 |
| (6) F A X 番号 | 072-349-6719 |
| (7) 施設長（管理者） | 後迫 英和 |
| (8) 開設年月日 | 平成24年4月1日 |
| (9) 入居定員 | 90名 |

3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。少人数での生活単位（ユニット）による介護をご提供しており、入居される居室は、全室個室となります。

居室・設備の種類	室数／コーナー	備 考
1 人部屋	9 0 室	1 F…1 ユニット 1 0 室 2 F…4 ユニット 4 0 室 3 F…4 ユニット 4 0 室
合 計	9 0 室	
食堂	各ユニット内に食堂があります。	
機能訓練室	2 コーナー	[主な設置機器] テーブル・椅子等
浴室	6 室	一般浴室・機械浴室・ユニットバス
医務室	1 室	

☆トイレは各室に備えております。

☆居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対し指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	配置人数	指定基準（常勤換算）
1. 施設長（管理者）	1 名	1 名
2. 生活相談員	1 名以上	1 名
3. 看護職員	4 名以上	4 名
4. 介護職員	3 0 名以上	3 0 名
5. 機能訓練指導員（リハ職）	1 名以上	1 名
6. 介護支援専門員	1 名以上	1 名
7. 配置医師	1 名以上	必要数（1 名）
8. 管理栄養士	1 名以上	1 名
9. 事務職員	2 名以上	1 名

※職員の配置及び勤務体制は、入居 9 0 室、短期入居 1 0 室の合計を対象としています。

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制	
1. 医師	週 1 回 9 : 0 0 ～ 1 1 : 3 0	
2. 介護職員	(標準的な時間帯)	＜最低人員基準＞ (介護職・看護職合わせ)
3. 看護職員	日勤 8 : 4 5 ～ 1 7 : 1 5 夜勤 1 6 : 4 5 ～ 9 : 1 5	日勤帯 1ユニットにつき、1名 夜勤帯 2ユニットにつき、1名 ユニットリーダー研修終了者を4名配置しています。
4. 機能訓練指導員	月～土曜日 8 : 4 5 ～ 1 7 : 1 5	

☆ 土、日は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (2) 利用料金の全額をご契約者にご負担頂く場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 入浴

- ・ 入浴又は清拭を週2回行います。
- ・ 入浴方法、入浴回数をご契約者の希望に応じて検討致します。
- ・ 寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

② 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

③ 機能訓練

- ・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④ 口腔衛生管理

- ・ 口腔の健康の保持を図るため、口腔衛生の管理体制を整備し、ご契約者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。

⑤ 栄養管理

- ・ 施設は入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。

⑥ 健康管理

- ・ 医師や看護職員が健康管理を行います。

⑦ その他自立への支援

- ・ できるかぎり離床に配慮し、毎朝夕の着替えを行うように配慮します
- ・ 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度、負担割合に応じて異なります。）

1割負担（1日あたり）

1. ご契約者の介護度とサービス利用料金	要介護 1 8,067円	要介護 2 8,798円	要介護 3 9,582円	要介護 4 10,324円	要介護 5 11,045円
2. うち介護保険から給付される金額	7,260円	7,918円	8,623円	9,291円	9,940円
3. サービス利用に係る自己負担額（１－２）	807円	880円	959円	1,033円	1,105円

2割負担（1日あたり）

1. ご契約者の介護度とサービス利用料金	要介護 1 8,067円	要介護 2 8,798円	要介護 3 9,582円	要介護 4 10,324円	要介護 5 11,045円
2. うち介護保険から給付される金額	6,453円	7,038円	7,665円	8,259円	8,836円
3. サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,614円	1,760円	1,917円	2,065円	2,209円

3割負担（1日あたり）

1. ご契約者の介護度とサービス利用料金	要介護 1 8,067円	要介護 2 8,798円	要介護 3 9,582円	要介護 4 10,324円	要介護 5 11,045円
2. うち介護保険から給付される金額	5,646円	6,158円	6,707円	7,226円	7,731円
3. サービス利用に係る自己負担額（１－２）	2,421円	2,640円	2,875円	3,098円	3,314円

☆上記金額には、個別機能訓練加算、看護体制加算、夜勤職員配置加算、日常生活継続支援加算を含みます。

☆ご契約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、ご契約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額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。その際、変更を行う日の1ヵ月前までに説明をした上で、当該サービス利用料金を相当な額に変更します。

☆ご契約者が、入院又は外泊をされた場合にお支払い頂く利用料金は、下記の通りです。
(契約書第19条、第22条参照)

外泊（入院）した日の翌日から起算して6日以内となります。（1ヵ月1回の外泊（入院）で月をまたがる場合は最大で連続12日）

1. 負担割合	1割	2割	3割
2. サービス利用料金	2,570円	2,570円	2,570円
3. うち、介護保険から給付される金額	2,313円	2,056円	1,799円
4. 自己負担額（1－2）	257円	514円	771円

<介護サービス提供体制等の加算について>

＊ 介護サービス提供体制などの要件を満たしているため、すべての方に加算させて頂いています。

加算項目	加算額	内容
日常生活継続支援加算	(1割負担) 48円/日 (2割負担) 96円/日 (3割負担) 144円/日	算定日の属する月の前六月間又は前十二月間における新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五の者の占める割合が百分の七十以上であること。又は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の占める割合が百分の六十五以上であること。 社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和六十二年厚生省令第四十九号）第一条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の百分の十五以上であること。 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

栄養ケア・マネジメントの未実施	1 5 円/日 減算	栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを規定。（3年の経過措置期間を設ける）
栄養マネジメント強化加算	(1割負担) 1 2 円/日 (2割負担) 2 3 円/日 (3割負担) 3 4 円/日	管理栄養士による栄養マネジメントや低栄養状態の改善に向けた取組を実施し、入所者様の栄養状態の改善、維持に努めた場合。
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1割負担) 1 1 5 円/月 (2割負担) 2 3 0 円/月 (3割負担) 3 4 5 円/月	①歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に口腔ケアを2回以上行う②歯科衛生士が介護職員に具体的な技術的助言および指導を行う③歯科衛生士が介護職員からの相談等に必要に応じて対応した場合。 入居者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用する。
精神科定期療養指導加算	(1割負担) 6 円/日 (2割負担) 1 1 円/日 (3割負担) 1 6 円/日	認知症である入居者が全入居者の3分の1以上を占める指定介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月2回以上行われる場合。
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	(1割負担) 1 1 円 / 月 (2割負担) 2 1 / 月 (3割負担) 3 2 / 月	○ 感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること。 ○ 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。
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	(1割負担) 6 円 / 月 (2割負担) 1 1 円 / 月 (3割負担) 1 6 円/月	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	(1割負担) 1 1 円 / 月 (2割負担)	○ 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

	2 1 円 / 月 (3割負担) 3 2 円/月	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。
--	--------------------------------	---

※介護保険法の改正により変更される場合は、再度契約を取り交わします。

<その他の加算について>

* ご利用者様の必要に応じてサービス提供料金として加算させていただきます。

加算項目	加算額	内容
療養食加算	(1割負担) 7 円/食 (2割負担) 1 3 円/食 (3割負担) 1 9 円/食	医師の指示に基づき症状に応じた食事（糖尿病食、腎臓病食等）を提供した場合。 ※1日単位での算定→1食単位での算定へ変更
初期加算	(1割負担) 3 2 円/日 (2割負担) 6 3 円/日 (3割負担) 9 4 円/日	新規入居された場合、もしくは30日を超えて入院した後に施設へ戻られた場合には、最初の30日分限り算定。
退所前訪問相談援助加算	(1割負担) 4 8 1 円/日 (2割負担) 9 6 2 円/日 (3割負担) 1, 4 3 3 /日	居宅への退所にあたり、専門スタッフがその居宅へ直接訪問し、入居者及びその家族に対し相談援助（家屋環境の評価等）を行った場合。
退所後訪問相談援助加算	(1割負担) 4 8 1 円/日 (2割負担) 9 6 2 円/日 (3割負担) 1, 4 3 3 /日	居宅への退所にあたり、専門スタッフがその居宅へ直接訪問し、入居者及びその家族に対し相談援助（家屋環境の評価等）を行った場合。
退所時相談援助加算	(1割負担) 4 1 8 円/日 (2割負担) 8 3 6 円/日 (3割負担) 1, 2 5 4 /日	居宅への退所にあたり、入居者及びその家族等に対して退所後の相談援助を行い、かつ市町村及び在宅介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合。
退所時連携加算	(1割負担) 5 2 3 円/日 (2割負担) 1, 0 4 5 円/日 (3割負担) 1, 5 6 8 円/日	居宅への退所に先立って、居宅介護支援事業者（在宅のケアマネージャー）と退所前から連携し、必要な情報提供と居宅サービス利用の調整を行った場合。

退所時情報提供加算	(1割負担) 2 6 2 円/回 (2割負担) 5 2 3 円/回 (3割負担) 7 8 4 円/回	医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する。
退所時栄養情報連携加算	(1割負担) 7 4 円/回 (2割負担) 1 4 7 円/回 (3割負担) 2 2 0 円/回	○対象者 ・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 ○主な算定要件 ・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。
配置医師緊急対応加算 (早朝・夜間)	(1割負担) 6 8 0 円/回 (2割負担) 1, 3 5 9 円/回 (3割負担) 2, 0 3 8 円/回	配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間に施設を訪問し、入所者の診察を行った場合。 ※早朝 (6 時～8 時) 夜間 (1 8 時～2 2 時)
配置医師緊急対応加算 (深夜)	(1割負担) 1, 3 5 9 円 (2割負担) 2, 7 1 7 円 (3割負担) 4, 0 7 6 円	配置医師が施設の求めに応じ、深夜に施設を訪問し、入所者の診察を行った場合。 ※深夜 (2 2 時～6 時)
配置医師緊急対応加算 (早朝・深夜以外)	(1割負担) 3 4 0 円/日 (2割負担) 6 8 0 円/日 (3割負担) 1, 0 1 9 円/日	配置医師が施設の求めに応じ、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。
看取り介護加算 (I)		
①死亡日以前31～45日	(1割負担) 7 6 円/日 (2割負担) 1 5 1 円/日 (3割負担) 2 2 6 円/日	医師が医学的見地により回復の見込みがないと判断した場合、施設での看取りを希望する旨の文書による本人・家族の同意の上で、医師・看護職員・生活相談員・介護職員・管理栄養士・介護支援専門員等が共同してその人らしさを尊重した看取りが出来るよう支援した場合。
②死亡日以前4～30日	(1割負担) 1 5 1 円/日 (2割負担) 3 0 1 円/日 (3割負担) 4 5 2 円/日	○看取り介護加算の要件として、以下の内容等を規定する。 ・「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取組を行うこと。(通知) ・看取りに関する協議の場の参加者として、生活相談

③死亡日前日・前々日	(1割負担) 7 1 1 円/日 (2割負担) 1, 4 2 2 円/日 (3割負担) 2, 1 3 2 円/日	員を明記する。 ○施設サービス計画の作成に係る規定として、以下の 内容等を通知に記載する。 ・施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊 重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努めるこ と。
④死亡日	(1割負担) 1, 3 3 8 円/日 (2割負担) 2, 6 7 6 円/日 (3割負担) 4, 0 1 3 円/日	
看取り介護加算（Ⅱ）		上記に加え、配置医師緊急対応加算の算定に関わる体 制を整備し、さらに施設内で実際に看取った場合。
①死亡日以前31～45日	(1割負担) 7 6 円/日 (2割負担) 1 5 1 円/日 (3割負担) 2 2 6 円/日	
②死亡日以前4～30日	(1割負担) 1 5 1 円/日 (2割負担) 3 0 1 円/日 (3割負担) 4 5 2 円/日	
③死亡日前日・前々日	(1割負担) 8 1 6 円/日 (2割負担) 1, 6 3 1 円/日 (3割負担) 2, 4 4 6 円/日	
④死亡日	(1割負担) 1, 6 5 2 円/日 (2割負担) 3, 3 0 3 円/日 (3割負担) 4, 9 5 4 円/日	

協力医療機関連携加算	(1割負担) 1 0 5 円/月 (2割負担) 2 0 9 円/月 (3割負担) 3 1 4 円/月	ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける ① 入所者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。 ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。 ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行 い、入院を要すると認められた入所者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。 イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認する。 ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	(1割負担) 1 0 5 円/月 (2割負担) 2 0 9 円/月 (3割負担) 3 1 4 円/月	訪問リハビリテーション若しくは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（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師が、介護老人福祉施設等を訪問し、介護老人福祉施設等の職員と共同で、アセスメントを行い、個別記の訓練計画を作成する等。
ADL維持等加算（Ⅰ）	(1割負担) 3 2 円/月 (2割負担) 6 3 円/月 (3割負担) 9 5 円/月	ADL維持等加算（Ⅰ） ①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。 ②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。 ③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）	(1割負担) 6 3 円/月 (2割負担) 1 2 6 円/月 (3割負担) 1 8 9 円/月	ADL維持等加算（Ⅱ） ①ADL維持等加算（Ⅰ）の①と②の要件を満たすこと。 ②評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

自立支援促進加算	(1割負担) 2 9 3 円/月 (2割負担) 5 8 6 円/月 (3割負担) 8 7 8 円/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、少なくとも六月に一回、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していること。 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者毎に、医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、その他の職種の者が共同して、自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施していること。 ハイの医学的評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者ごとに支援計画を見直していること。 二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していること。
排せつ支援加算（Ⅰ）	(1割負担) 1 1 円/月 (2割負担) 2 1 円/月 (3割負担) 3 2 円/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、医師又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、少なくとも六月に一回、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していること。 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者について、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していること。 ハイの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに支援計画を見直していること。
排せつ支援加算（Ⅱ）	(1割負担) 1 6 円/月 (2割負担) 3 2 円/月 (3割負担) 4 8 円/月	○ 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、 ・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない ・又はおむつ使用ありから使用なしに改善していること。
排せつ支援加算（Ⅲ）	(1割負担) 2 1 円/月 (2割負担) 4 2 円/月 (3割負担) 6 3 円/月	○ 排せつ支援加算（Ⅰ）の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、 ・施設入所時等と比較して、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない ・かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること。

褥瘡マネジメント加算 (Ⅰ)	(1割負担) 4 円/月 (2割負担) 7 円/月 (3割負担) 1 0 円/月	入所者の褥瘡発生を予防するため、褥瘡の発生と関連の強い項目について、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理すること ○ 以下の要件を満たすこと。 イ入所者等ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、施設入所時等に評価するとともに、少なくとも三月に一回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用していること。 ロイの評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者等ごとに、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の者が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成していること。 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していること。 ニイの評価に基づき、少なくとも三月に一回、入所者等ごとに褥瘡ケア計画を見直していること。
褥瘡マネジメント加算 (Ⅱ)	(1割負担) 1 4 円/月 (2割負担) 2 8 円/月 (3割負担) 4 1 円/月	○ 褥瘡マネジメント加算(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。
低栄養リスク改善加算	(1割負担) 3 1 4 円/月 (2割負担) 6 2 7 円/月 (3割負担) 9 4 1 円/月	低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、この計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行うなど。
再入所時栄養連携加算	(1割負担) 2 0 9 円/回 (2割負担) 4 1 8 円/回 (3割負担) 6 2 7 円/回	入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合。※1回のみ算定可
若年性認知症入所者 受入加算	(1割負担) 1 2 6 円/日 (2割負担) 2 5 1 円/日 (3割負担) 3 7 7 円/日	若年性認知症である入居者ごとに個別の担当者を定め、ご本人やその家族の希望を踏まえた介護サービス提供を行った場合。
認知症専門ケア加算Ⅰ	(1割負担) 4 円/日 (2割負担) 7 円/日 (3割負担) 1 0 円/日	認知症高齢者が一定以上入所しており、認知症介護リーダー研修修了者及び認知症看護に関わる適切な研修修了者を一定以上配置した場合。

認知症専門ケア加算Ⅱ	(1割負担) 5 円/日 (2割負担) 9 円/日 (3割負担) 1 3 円/日	認知症専門ケア加算Ⅰを算定している施設で、認知症介護指導者研修修了者及び認知症看護に係る適切な研修修了者を1名以上配置した場合。
安全対策体制加算 (入所時に1回限り算定可能)	(1割負担) 2 1 円 (2割負担) 4 2 円 (3割負担) 6 3 円	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。
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	(1割負担) 1 2 6 円/月 (2割負担) 2 5 1 円/月 (3割負担) 3 7 7 円/月	(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) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること。 (3) 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。 (4) 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。
経口維持加算Ⅰ	(1割負担) 4 1 8 円/月 (2割負担) 8 3 6 円/月 (3割負担) 1, 2 5 4 円/月	Ⅰについては、現に、経口より食事を摂取する者であって、摂食機能や誤嚥を有する入居者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき多職種が共同して食事の観察及び会議等を行い、経口による継続的な食事を進めるための経口維持計画書を作成し、管理栄養士が栄養管理を行った場合。
経口維持加算Ⅱ	(1割負担) 1 0 5 円/月 (2割負担) 2 0 9 円/月 (3割負担) 3 1 4 円/月	Ⅱについては、食事の観察や会議に医師や歯科医師、歯科衛生士が加わった場合。
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	(1割負担) 4 2 円 (2割負担) 8 4 円 (3割負担) 1 2 6 円	イ 入所者・利用者ごとの心身の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。 ロ サービスの提供に当たって、イに規定する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）	(1割負担) 53円 (2割負担) 105円 (3割負担) 157円	上記加算（Ⅰ）に加えて心身、疾病の状況などを厚生労働省に提出していること。
介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ） (2026.6月以降)		1ヵ月分の総単位数に17.6%を加算

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）＊

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者及び身元引受人の負担となります。

なお、居住費と食費については、ご利用者の所得（第1～4段階）に応じ、負担限度額が定められています。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 個室の利用（居住費）

利用料金： 1日あたり 3,100円 （第4段階の方）

利用者負担段階 第1～3段階の方の利用料金は次のとおりです。

第3段階①の方は 1日あたり 1,370円

第3段階②の方は 〃 1,470円

第2・1段階の方は 〃 880円

入院時又は外泊中においても、上記金額をお支払いいただきます。

但し、入院外泊中のベッドをご契約者様の同意を得て、居室を短期入所生活介護等に利用する場合、この費用は不要です。

② 食事

- ・ 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ HACCP方式を採用した衛生・安全性の高い調理施設に業務委託し、クックチルにより調理された食事を提供します。
- ・ ご契約者の自立支援のため離床し食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 朝食： 7：00 ～ 8：00

昼食： 12：00 ～ 13：00

夕食： 18：00 ～ 19：00

利用料金： 1日あたり 1,715円 （第4段階の方）

利用者負担段階 第1～3段階の方の利用料金は次のとおりです。

第3段階①の方は 1日あたり 680円

第3段階②の方は 〃 1,420円

第2段階の方は 〃 390円

第1段階の方は 〃 300円

③ 特別な食事（お酒を含みます。）

ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：要した費用の実費（別途消費税要）

④ 理美容

[理髪サービス]

理容師の出張による理容サービス（調髪、顔剃、パーマ、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 実費

⑤ レクリエーション、クラブ活動

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加して頂くことが出来ます。

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

＜主なクラブ活動（例）＞絵手紙、書道、手芸、園芸、陶芸

材料代等の実費（別途消費税要）を頂きます。

⑥ 行事費

ご契約者の希望により行事に参加して頂くことが出来ます。

利用料金：実費となります。（別途消費税要）

⑦ ご契約者の移送にかかわる費用

ご契約者のご希望による外出時に係る移送費については、往復タクシー代等の実費負担となります。なお、医療機関への通院・入院につきましては、原則ご家族の方の付き添いをお願いしております。

⑧ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものに係る費用をご負担いただきます。おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑨ 契約書第20条に定める所定の料金

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の要介護度 1 日料金	要介護 1 8,067円	要介護 2 8,798円	要介護 3 9,582円	要介護 4 10,324円	要介護 5 11,045円
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------	------------------

ご契約者が、要介護認定で自立又は要支援 1・2 と判定された場合 8,067円。

居住費・食費は別途必要です。なお、この期間中において、介護保険による給付があった場合には上記金額よりこの介護保険給付額を控除致します。

⑩ 残置物の預かり料金

1 日につき 2,000 円（退居日より 2 週間以内）

但し、退居日より 1 週間以降は残置物を倉庫へ移動させていただきますので、予め ご了承ください。また退居日より 2 週間以上預かる場合は別途ご相談下さい。

⑪ 利用者様にご永眠されたとき

当施設でお亡くなりになられた場合、退所処置（死後の処置）費用として、16,200 円（状況に応じて追加費用を頂く場合があります）を頂きます。

（３）利用料金のお支払い方法（契約書第 6 条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月指定日までにお支払い下さい。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

金融機関口座からの自動引き落としとなります。

銀行・信用金庫・郵便局・農協等のほとんどの金融機関が可能です。

（４）入居中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。（但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。）

施設は、入居者の病状の急変等に備えるため、あらかじめ、次の各号に掲げる要件を満たす協力医療機関（第 3 号の要件を満たす協力医療機関にあつては、病院に限る。）を定めるものとする。ただし、複数の医療機関を協力医療機関として定めることにより、当該各号の要件を満たすこととしても差し支えない。

1. 入居者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. 施設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. 入居者の病状が急変した場合等において、施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入居者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。
4. 施設は、1 年に 1 回以上、協力医療機関との間で、入居者の病状が急変した場合等の対応を確認するとともに、協力医療機関の名称等を市長に届け出るものとする。
5. 施設は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 6 条第 17 項に規定する第二種協定指定医療機関（次項において「第二種協定指定医療機関」という。）との間で、新興感染症（同条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第 8 項に規定する指定感染症又は同条第 9 項に規

定する新感染症をいう。次項において同じ。)の発生時等の対応を取り決めるよう努めるものとする。

6. 施設は、協力医療機関が第二種協定指定医療機関である場合には、当該第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応について協議を行うものとする。

7. 施設は、入居者が協力医療機関その他の医療機関に入院した後に、当該入居者の病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、再び施設に速やかに入居させることができるよう努めるものとする。

8. 施設は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めるものとする。

①協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人生長会 ベルピアノ病院
所在地	大阪府堺市西区菱木1丁目2343番地11
診療科	内科、外科、整形外科 等
連絡先	TEL : 072-349-6700 FAX : 072-349-6709

医療機関の名称	社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
所在地	大阪府堺市中区東山500番地3
診療科	内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、神経科 等
連絡先	TEL : 072-234-2001 FAX : 072-234-5412

②協力歯科医療機関

医療機関の名称	医療法人祐愛会 西村歯科
所在地	大阪府堺市堺区鉄砲町16-1 七道駅前マンション1階
連絡先	TEL : 072-229-6474 FAX : 072-229-6475

6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退去して頂くこととなります。(契約書第14条参照)

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援 1・2 と判定された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご契約者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ 事業者から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（１）ご契約者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第15条、第16条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設の退居を申し出ることができます。
その場合には、退居を希望する日の 7 日前までにお申し出ください。
但し、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退居することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める指定介護老人福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

（２）事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）（契約書第17条参照）

- ① 以下の事項に該当する場合には、当施設からの退居していただくことがあります。
ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヵ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者又は、身元引受人、その家族などが、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ 以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合

I 暴力または乱暴な言動、無理な要求

- ・物を投げつける ・刃物を向ける ・服をひきちぎる
- ・手を払いのける ・怒鳴る ・奇声、大声を発する
- ・対象範囲外のサービスの強要

II セクシャルハラスメント

- ・介護従事者の体を触る ・手を握る
- ・腕を引っ張り抱きしめる ・ヌード写真を見せる
- ・性的な話をし、卑猥な言動をする

III その他

- ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く ・ストーカー行為など

IV カスタマーハラスメントへの対応

施設は、入居者又はその家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超える要求又は言動により、職員の就業環境を害するおそれのある行為（以下「カスタマーハラスメント」という。）について、職員の安全及び尊厳を確保し、適切な介護サービスを継続的に提供するため、組織として必要な対応を行うものとする。

- 2 前項に定めるカスタマーハラスメントには、次に掲げる行為を含むものとする。
ただし、これらに限られるものではない。

- (1) 暴言、威圧的な言動、人格を否定する発言
- (2) 業務の範囲を超える過度又は不当な要求
- (3) 合理性を欠く長時間の拘束や、執拗な要望・苦情
- (4) その他、職員の就業環境を著しく害する行為

- 3 施設は、職員が安心して相談できる相談体制を整備し、職員研修や対応マニュアルを整備して、必要に応じて法人本部、関係機関等と連携しながら対応するものとする。

- 4 施設は、カスタマーハラスメントが発生した場合、複数名による対応、事実関係の記録、管理者への報告等を行い、状況に応じて適切な対応を講ずるものとする。

- 5 カスタマーハラスメントが継続し、又は著しく悪質であると認められる場合には、サービス提供方法の見直しその他必要な措置について、入居者又はその家族等と協議を行うことがある。

- ⑤ ご契約者が連続して3ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ⑥ ご契約者が介護老人保健施設に入居した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

→ * 契約者が病院等に入院された場合の対応について* (契約書第19条参照)
当施設に入居中、医療機関へ入院の必要が生じた場合の対応は、次の通りです。

① 検査入院等で6日間以内の短期入院の場合

1カ月につき6日以内(入院の翌日から当該月6日間。当該入院が月をまたがる場合は最大12日)の短期入院の場合は、退院後再び施設入居にする事が出来ます。但し、入院期間中であっても所定の利用料金をご負担頂きます。

② 7日間以上3ヵ月以内の入院の場合

3ヵ月以内に退院された場合には、退院後に再び施設入居する事が出来ます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受け入れの準備が整っていない時には、本人の居室でない部屋をご利用頂く場合があります。又、入院中の空きベッドについては、短期入居生活介護で利用される方に使用して頂く場合があります。

③ 3ヵ月を超えても退院が見込まれない場合

3ヵ月を超えても退院が見込まれない場合には、入居契約を解除する場合があります。この場合は事前に生活相談員にご相談下さい(2ヵ月以上の入院になった場合)

◎所定の料金 1日あたり 1割負担:257円 2割負担:514円 3割負担:771円

入院の翌日から当該月6日間(当該入院が月をまたがる場合は最大12日間)の範囲内で、実際に入院した日数分の料金をご負担いただきます。
ご契約者の同意を得て、居室を短期入居生活介護等に利用した場合はこの料金は不要です。)

(3) 円滑な退居のための援助(契約書第18条参照)

ご契約者が当施設を退居する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、おかれている環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

- 適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
- 居宅介護支援事業者の紹介
- その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7. 代理人<身元引受人>の指定(契約書第22条参照)

1. 契約締結にあたり、身元引受人の選定をお願いいたします。
2. 身元引受人には、これまで最も身近にいて、契約者のお世話をされてきたご家族や親族に就任していただくのが望ましいと考えておりますが、必ずしも、これらの方に限る趣旨ではありません。
3. 身元引受人は、契約者が本契約上当該施設に対して負担する利用料等の一切の債務を極度額150万円の範囲内で、契約者と連帯して、その債務の履行義務を負うことになります。またこればかりではなく、契約者が医療機関に入院する場合や当施設から退所する場合においては、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理や費用負担などを行ったり、更には施設と協力、連携して退所後の契約者の受入先を確保するなどの責任を負うことになります。

4. 契約者が入居中に死亡した場合においては、そのご遺体と残置品（高価品を除く居室内に残置する日常生活品や身の回りの品等）の引き取り等の処理についても身元引受人がその責任で行う必要があります。貴重品として、施設が預っている物、並びに金銭や預金通帳や有価証券その他高価品などは残置品には含まれず、相続手続きに従って、その処理を行うことになります。また、契約者が死亡されていない場合でも、利用契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の残置品をご契約者自身が引き取れない場合には、身元引受人にこれを引き取っていただく場合があります。これらの引き取り等の処理にかかる費用については、ご契約者または身元引受人にご負担いただくことになります。
5. 身元引受人が死亡、破産宣告をうけた場合には、事業者は、新たな身元引受人を立てていただくために、契約者にご協力をお願いする場合があります。但し、利用において、社会通念上、身元引受人を立てることができないと考えられる事情がある場合には、入居契約締結にあたって、身元引受人を立てていただく必要はありません。

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第8条、第9条参照）

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、堺市の条例に基づき、下記の通り保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
 - ・具体的なサービスの内容等の記録・・・サービス提供した日から5年間保存
 - ・上記以外の記録(介護計画・苦情・事故等)・・・完結の日から2年間保存するものとする。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。

ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）

但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

また、ご契約者の円滑な退居のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

9. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

（1）当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 生活相談員 渡邊 祐介

○苦情受付責任者 施設長 後迫 英和

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 9：00～17：00

電話番号 072-349-6710

FAX番号 072-349-6719

また、ご意見箱を1階～3階に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

【市町村（保険者）の窓口】 堺市 健康福祉局 長寿社会部 介護保険課	所在地 大阪府堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 072-228-7513 ファックス番号 072-228-7853 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 （土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く）
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 堺区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市堺区南瓦町3番1号 電話番号 072-228-7520 ファックス番号 072-228-7870 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 （土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く）
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 北区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市北区新金岡5丁1番4号 電話番号 072-258-6651 ファックス番号 072-258-6836 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 （土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く）
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 西区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市西区鳳東町6丁600番地 電話番号 072-275-1912 ファックス番号 072-275-1919 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 （土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く）
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 中区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市中区深井沢町2470番地7 電話番号 072-270-8197 ファックス番号 072-270-8103 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 （土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く）

【市町村（保険者）の窓口】 堺市 南区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市南区桃山台1丁1番1号 電話番号 072-290-1812 ファックス番号 072-290-1818 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 (土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く)
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 東区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市東区日置荘原寺町195番地1 電話番号 072-287-8123 ファックス番号 072-287-8117 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 (土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く)
【市町村（保険者）の窓口】 堺市 美原区 地域福祉課 介護保険係	所在地 大阪府堺市美原区黒山167番地1 電話番号 072-363-9316 ファックス番号 072-362-0767 受付時間 午前9時00分～午後5時30分 (土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く)
【市町村（保険者）の窓口】 和泉市 福祉部 高齢介護室	所在地 大阪府和泉市府中町2丁目7番5号 電話番号 0725-99-8131 ファックス番号 0725-40-3441 受付時間 午前9時00分～午後5時15分 (土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く)
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険室 介護保険課 苦情相談係	所在地 大阪府大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418 受付時間 午前9時00分～午後5時00分 (土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日を除く)

10. 損害賠償について（契約書第11条、第12条参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

11. 緊急時の対応について

1. 施設は、サービス提供を行っているときに、入居者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合のため、あらかじめ、施設の医師及び協力医療機関の協力を得て、当該医師及び当該協力医療機関との連携方法その他の緊急時における対応方法を定めておくものとする。
2. 施設は、前項の医師及び協力医療機関の協力を得て、1年に1回以上、緊急時等に

おける対応方法の見直しを行い、必要に応じて緊急時等における対応方法の変更を行うものとする。

12. 事故発生時の対応について

施設は、事故の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じるものとする。

- (1) 事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告の方法等が記載された事故発生の防止のための指針を整備する。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備する。
- (3) 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。）及び従業者に対する研修を定期的に行う。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。
 - 2 施設は、入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとする。
 - 3 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った措置について記録するものとする。
 - 4 施設は、入居者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

13. 非常災害時の対応について

当施設は、非常災害等に備えて定期的に避難、救出、夜間想定を含め、その他必要な訓練を実施します。また、消防法に準拠して非常災害等に関する具体的計画を別に定め、非常災害時等の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。また、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制として、業務継続計画（BCP）ガイドラインを策定、研修訓練（シミュレーション）を実施します。

14. 高齢者虐待について

施設は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 安全対策委員会を設置・開催し、その結果について職員へ周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待の防止のための研修を定期的を開催する。
- (4) 虐待の防止のための措置を講ずるための担当者を設置する。
- (5) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (6) その他虐待防止のために必要な措置

15. 感染対策の強化

施設は、感染症の発生及びまん延等に関する取組として、以下を義務付けます。

- (1) 感染対策委員会を設置・開催し、その結果について職員へ周知徹底を図る。
- (2) 感染症対策に関する指針を整備する。
- (3) 感染症対策に関する研修の実施と訓練（シミュレーション）を定期的実施する。

16. 業務継続に向けた取り組み

- (1) 事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制として、業務継続計画（BCP）ガイドラインを策定し、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、職員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。

17. 身体拘束について

施設は、当該入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入居者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わない。また、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由（切迫性、非代替性及び一時性の3つの要件を全て満たすこと）を記録するものとする。

2 施設は、身体的拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じる。

- (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るものとする。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

18. 特別養護老人ホーム ベルアルプ 看取りに関する指針

1、当施設における看取り介護の考え方

看取り介護とは、ご契約者の身体的・精神的苦痛、苦悩を出来る限り緩和し、臨終に向かうまでの期間、その方なりに充実して納得して生き抜くことができるように日々の暮らしが営めることを目的として支援することであり、ご契約者の尊厳に十分配慮しながら終末期の介護について心をこめてこれを行うことである。

2、看取り介護の視点

終末期の過程においては、その死をどのように受け止めるかという個々の価値観が存在し、看取る立場のご家族様の思いも錯綜することも普通の状態として考えられます。施設での看取り介護は、住み慣れた場所で親しい人々に見守られ自然な死を迎えられることであり、施設はご契約者又はご家族様に対し以下の確認を事前に行い理解を得る。

- ①施設における医療体制の理解（診療所を有しないこと、常勤医師の配置がないこと）医師とは、担当医（在宅主治医、健康管理医師1／週訪問、協力医療機関）と連携し必要時は24時間の連絡体制を確保して必要に応じて健康上の管理等に対応すること、夜間は医療スタッフが不在で、看護師は夜勤または緊急連絡により駆けつけるオンコール体制であること。
- ②病状の変化等に伴う緊急時の対応については看護師が医師と連絡を取り判断すること。
夜間においては夜間勤務職員が夜間緊急連絡体制に基づき看護師と連絡をとって緊急対応を行うこと。
- ③ご家族様と24時間連絡体制を確保していること。
- ④看取りの介護に対する、ご契約者及び、ご家族様の同意を得ること。

3、看取り介護の具体的支援内容

① ご契約者に対する具体的支援

I ボディケア

- ・ バイタルサインの確認 ・ 環境整備を行う ・ 安全 安楽への配慮
- ・ 清潔への配慮 ・ 栄養と水分補給を適切に行う ・ 排泄ケアを適切に行う
- ・ 発熱、疼痛への配慮

II メンタルケア

- ・ 身体的苦痛の緩和 ・ コミュニケーションを重視する
- ・ プライバシーへの配慮
- ・ 個人を尊重する
- ・ 全てを受容してニーズを把握する

III 看護処置

- ・ 医師の指示に基づき必要な点滴や酸素吸入等の看護処置を看護職員によって行う

IV 家族に対する支援

- ・ 話しやすい環境を作る ・ 家族関係への支援にも配慮する
- ・ 希望や心配事に真摯に対応する
- ・ ご家族様の身体的、精神的負担の軽減への配慮をする ・ 死後の援助を行う

4、看取り介護の実施

- ①ご契約者又はご家族様が施設内での看取り介護を行うことを希望した場合は、介護支

援専門員は医師、看護師、介護福祉士、作業療法士、栄養士等と協働して看取り介護の計画を作成し、詳細を説明した上で同意を得る。

②看取りの実施に関しては住み慣れた居室で対応する。尚、ご家族様が希望する場合、居室にご家族様宿泊用ベッドを準備、又は和室を利用してご家族様の希望を図る。

③看取り介護を実施する際は看護師、介護福祉士等より定期的にご契約者又はご家族様への説明を行う。

④施設の全職員は、ご契約者が尊厳を持つ一人の人間として、安らかな死を迎えることができるようにご契約者またはご家族様の支えともなり得る身体的、精神的支援に努めること。

5、協力医療機関との連携体制

当施設は協力医療機関である、社会医療法人生長会ベルピアノ病院、ベルランド総合病院と24時間、365日連絡体制を確保して必要に応じて健康上の管理等に対応することができる体制を取っている。

★関連病院・施設

社会医療法人生長会 ベルピアノ病院
〒599-8315 大阪府堺市西区菱木1-2343-11
TEL (072) 349-6700

社会医療法人生長会 ベルランド総合病院
〒599-8247 大阪府堺市中区東山500-3
TEL (072) 234-2001

◆特別養護老人ホームベルアルプの医師診療体制

★ ベルピアノ病院主治医入居者：平日8：45～17：15ベルピアノ病院へ連絡
TEL 072-349-6700

★ 他院主治医：平日主治医へ連絡

★ 夜間・緊急時：24時間配置医師との連絡体制を確保。必要に応じ、救急隊へ連絡、最も適切な搬送病院を家族、看護師、救急隊と相談の上決定する。

6、看取り介護の具体的な方法

I 「看取り介護についての同意書」について 趣旨

ベルアルプではご契約者の生活を支援すると共に、ご契約者のニーズを出来る限り達成できるよう努力する。

終末期の対応についても、ご契約者及びご家族様の意志を尊重して、「看取り介護についての同意書」を施設に提示することにより、延命治療をせず安らかに、人間らしく死を遂げるものとする。

Ⅱ インフォームドコンセント

ご契約者において、疾病が一般に認められている医学的見地から判断して回復の見込みがないと判断し、かつ医療機関での対応の必要性が 薄いと判断した場合及び、高齢による衰弱等により死が迫って来た時に、ご契約者及びご家族様に終末期をどのように生活して行きたいかインフォームドコンセントを実施する。この際、施設での看取りの体制を示す。

Ⅲ 「看取り介護についての同意書」の提出に関して

インフォームドコンセントの結果、ご契約者又はご家族様は、ご契約者が当施設で看取り介護を受けるか、医療機関に入院を希望するか選択することができる。終末期から死を迎えるまで施設にて生活を希望し、且つ延命処置を拒否される場合「看取りケアについての同意書」を提出していただく。

医療機関への入院を希望する場合は、入院に向けた支援を行う。

＜重要事項説明書付属文書＞

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上3階建
- (2) 建物の延べ床面積 総延べ床面積 6905.82㎡うち3956.14㎡
- (3) 併設事業
当施設では、次の事業を併設して実施しています。
[短期入所生活介護] [介護予防短期入所生活介護]
[通所介護] [介護予防通所介護]
- (4) 施設の周辺環境
堺市の西区・南区・中区の中心にあり、高速道路、幹線道路からのアクセスが良好な立地条件です。ご契約者の方の健康管理については、協力医療機関でありますベルピアノ病院・ベルランド総合病院・府中病院と連携し、きめ細かな医療サービスを提供致します。

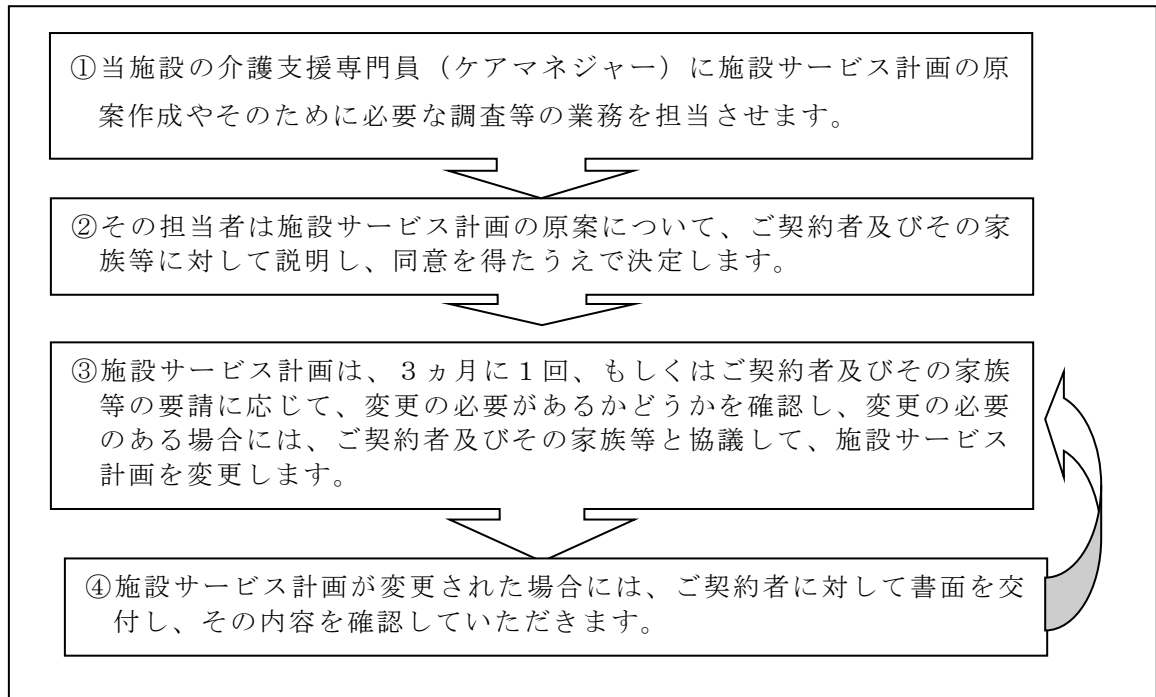
2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

生活相談員	ご契約者（入居者）の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
介護職員	ご契約者（入居者）の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
看護職員	主にご契約者（入居者）の健康管理や療養上の世話を行います。すが、日常生活上の介護、介助等も行います。
機能訓練指導員	ご契約者（入居者）の機能訓練を担当します。
介護支援専門員	ご契約者（入居者）に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。生活相談員が兼ねる場合もあります。
医師	ご契約者（入居者）に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
管理栄養士	ご契約者（入居者）の栄養状態の管理及び栄養ケアプランの作成並びに食事を提供する調理センターの委託管理を行います。
事務職員	窓口会計、施設職員勤怠関係他

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、入居後作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」に定めます。「施設サービス計画（ケアプラン）」の作成及びその変更は次の通り行います。（契約書第3条参照）



4. 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、入居者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

（1）持ち込みの制限

入居にあたり、以下のものは原則として持ち込むことができません。
刃物、火気類、ペットなど

（2）面会

来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。
なお、来訪される場合、上記（1）の持ち込みはご遠慮ください。

（3）外出・外泊（契約書第22条参照）

外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。

（4）食事

食事が不要な場合は、5日前までにお申し出下さい。

（5）施設・設備の使用上の注意（契約書第10条参照）

- 居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊

したり、汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状回復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

- ご契約者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご契約者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- 当施設の職員や他の入居者に対し、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。

(6) 喫煙

施設内及び敷地内、全面禁煙となっています。

(7) (入居者の安全並びに介護サービスの質の確保等)

施設は、業務の効率化、介護サービスの質の向上その他の生産性の向上に資する取組の促進を図るため、入居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（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ものとする。

(8) ユニットの特性について

ベルアルプでは、全室個室のユニット型の施設であり、現在の厚生労働省の介護保険制度に基づき新型（ユニット型）特養として人員配置基準及び施設基準に従い、施設運営を行っております。

当施設の職員の人員配置は昼間1ユニット（10名の入居者様）に対して1名、夜間は2ユニット（20名の入居者様）に対して1名の職員配置となっております。

全室個室であることから居室内にて1名の入居者様のケアなどを行っている場合、他の入居者様の状況を常時把握することは難しく、また特に夜間帯は巡回などによりいずれか一方のユニットは時間帯により職員が不在となる場合もあります。

施設といたしましては、厚生労働省が定める人員基準以上に配置し、定期的な巡回はもちろんナースコールの対応及び応援体制など対策強化し、また日々のご入居者様の状態観察や行動パターンの把握など危険回避に努め、安心して日常生活を送っていただけるよう努力はさせていただきますので、何卒ご利用者様はじめご家族様には上記施設の特性をご理解頂きますようお願い申し上げます。

(9) 「第三者評価」の実施状況：受けていません。

そ の 他 の 同 意 事 項

【外出・外泊】

- ご家族の付き添いが必要です。
- 体調によって、外出・外泊が出来ない場合もあります。
- 外出・外泊の際は、必ず所定の届出が必要です。
- 薬を服用している方は、外出・外泊の際薬を受け取り、指定どおり服用して下さい。

【面会（持ち込み食品について）】

- ご入居様に、持ち込み食品を召し上がって頂く場合は、必ず職員にご報告下さい。
- 施設の食事、おやつ以外のもので、体調不良・食中毒等が発病した場合は、一切責任は負いません。

【嗜好品について】

- 医師の承諾が必要です。但し、規律を守れない方は、禁止させていただきます。
 - ※ アルコールについて
 - ・ 時間的観念のない飲酒はご遠慮下さい。
 - ・ ご利用者の健康状態によっては、医師・看護師・ご家族と相談の上、職員によって管理する場合があります。

【持参品について】

- 万一の紛失に備えて、衣類・生活用品等の持ち物には、すべて名前を油性のマジックで記入して下さい。
- ご利用者本人が管理している所持品が紛失した場合、施設は探す努力は致しますが、一切責任は負いかねますので御了承下さい。
- ご利用者同士で金品等の貸し借りはしないで下さい。何らかの問題が生じた場合でも施設は一切責任を負いかねます。

【医療について】

- お薬は看護師が管理しています。合わない薬・飲み合わせしてはいけない薬がありますので、市販薬持参の際はスタッフに相談して下さい。勝手に服用され、体調が悪くなっても一切責任は負えません。
- 医療機関を受診する場合は、ご家族の方の付き添いを必要とします。（緊急時に関しては、施設にて対応させていただきますが、ご家族の方は、すぐに病院へ向かって頂くようお願いいたします。ご家族の方が遠方や外出されており、すぐに対応できない場合は、常に連絡を取れる状態にしておいて下さい。）
- 他医療機関を受診した場合で、病院側より投薬を受けた場合は必ず看護師にお渡しください。

【その他】

- 施設行事・ユニット行事等、時間の許す限りご参加・ご出席下さい。
- 面会時には整理整頓にご協力をお願いします。
- 職員へのお心遣いはご遠慮願います。
- 手洗い・うがいのご協力お願い致します

年 月 日

指定介護老人福祉施設での入居サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項、看取り介護の指針について説明を行いました。

ユニット型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム ベルアルプ

説明者職名 生活相談員 説明者氏名 _____ 印

私たちは、本書面に基づいて事業者から重要事項、看取り介護の指針についての説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

尚、入院等により関係医療機関へ身体状況等のご確認する場合、当該医療機関等が施設に対してご本人の状態を伝えることについても合わせて同意します

契約者

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

身元引受人

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印 契約者との続柄 _____

