

**ケアハウス 岡宮グリーンヒル**  
**介護予防特定施設入居者生活介護**  
**特定施設入居者生活介護**  
**重要事項説明書**

静岡県沼津市岡宮 1 1 8 2 番地の1

社会福祉法人 駿河厚生会

岡宮グリーンヒル

☎ 055-928-6811

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(静岡県指定第 2271101566 号)

2026年8月1日 適用

## 1 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 岡宮グリーンヒルのご入居者であって、要支援又は要介護の状態にある方（以下、「ご利用者」という。）に対して、介護予防特定施設サービス計画又は特定施設サービス計画（以下、「特定施設等サービス計画」という。）に基づき、適正な介護予防特定施設入居者生活介護又は特定施設入居者生活介護（以下、「特定施設等入居者生活介護」という。）を提供することを目的とします。                                                                                                                                                                                                      |
| 運営の方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ご利用者ごとに作成した特定施設等サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をを行うことにより、要支援状態又は要介護状態になった場合でも利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう援助を行います。</li> <li>○ 全室個室とリビングルームを中心とした「ユニットケア方式」により、ご利用者が少人数の家庭的な雰囲気の中で、落ち着いた日常生活ができるよう配慮します。</li> <li>○ 関係市町、地域の保健・医療・福祉サービス、各種団体及びボランティア等とも連携を図りながら、ご利用者本位の、総合的で高品質な特定施設等入居者生活介護を提供することをめざします。</li> </ul> |

## 2 事業者の概要

|              |                                                                                                                                  |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者の名称       | 社会福祉法人 駿河厚生会                                                                                                                     |
| 事業者の所在地      | 静岡県沼津市大岡3571番地の1                                                                                                                 |
| 法人設立年月日      | 平成8年3月27日                                                                                                                        |
| 代表者名         | 理事長 河野 義文                                                                                                                        |
| 電話番号         | 055-926-8500                                                                                                                     |
| 事業者が経営する他の事業 | 介護老人福祉施設「沼津フジビューホーム」、地域密着型介護老人福祉施設「柏葉尾苑」、軽費老人ホーム「沼津グリーンヒル」、短期入所、通所介護、訪問介護、かどいけ地域包括支援センター、居宅介護支援、在宅介護支援センター、認可保育園「丘の上保育園」、研修センター等 |

## 3 施設の概要

### （1）施設の名称等

|       |                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設の名称 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○（特定施設入居者生活介護） 岡宮グリーンヒル</li> <li>○（介護予防特定施設入居者生活介護） 岡宮グリーンヒル</li> </ul> |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|            |                                                               |
|------------|---------------------------------------------------------------|
|            | ※当施設は、混合型特定施設として、要介護者だけでなく、要支援者に対しても介護保険給付の対象である介護サービスを提供します。 |
| 施設の所在地     | 静岡県沼津市岡宮1182番地の1                                              |
| 施設長名       | 山本 潔                                                          |
| 指定番号       | 静岡県指定 第2271101566 号                                           |
| 電話番号       | 055-928-6811                                                  |
| FAX番号      | 055-928-6833                                                  |
| E-mailアドレス | care-okanomiya2@aroma.ocn.ne.jp                               |

## (2) 敷地及び建物

|     |      |                    |
|-----|------|--------------------|
| 敷 地 |      | 4,859.96㎡          |
| 建 物 | 構 造  | 鉄筋コンクリート造2階建（耐火構造） |
|     | 建築面積 | 1,854.61㎡          |
|     | 延床面積 | 2,789.41㎡          |

## (3) 主な設備

| 設備の種類                         | 面積等     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 居 室<br>60 室                   | 20.0 ㎡  | <p>○ 60室の全室個室で、暖房便座付きトイレ、洗面、収納、ミニキッチンのスペースを設けています。</p> <p>○ 所持品は、収納スペースに限りがありますので、最小限にお願いします。</p> <p>○ 施設が提供する介護サービスは、ご利用者の居室において行います。</p> <p>○ ご利用者の心身の状況の変化に応じ、より適切な介護のため必要と認める場合には、居室の変更をお願いすることがあります。その際は、あらかじめ、ご利用者又はご家族等と協議の上決定します。</p> |
| 共同生活室<br>(リビング<br>ルーム)<br>6 室 | 23.25 ㎡ | <p>○ 居室に近接して、10人ごとのご利用者が談話・娯楽及び食堂として使用することができるリビングルームを設けています。</p> <p>○ リビングルームは、居室10室あたりに1ヵ所を設け、これを一つの生活単位（ユニット）とします。</p> <p>○ 日常的な介護サービスの提供は、原則として、ユニット単位に行います。なお、各ユニットのご利用者同士が相互に交流できるように配慮しています。</p>                                       |

|              |                      |                                                        |
|--------------|----------------------|--------------------------------------------------------|
| 浴 室          | 全フロアで<br>6カ所         | ○ 一人浴槽及び大浴槽の他に、要介助者のためのリフト付き浴槽及び特殊浴槽を設けています。           |
| 便 所          |                      | ○ 各居室内のほか、各階各所に設けています。<br>○ 車いすに対応しています。               |
| 機能訓練室        | 46.77 m <sup>2</sup> | ○ 目的に応じた機能訓練器具等を備えています。                                |
| バリアフ<br>リー仕様 |                      | ○ 施設内は段差のないバリアフリー仕様になっています。<br>○ 車いすでも生活できるよう配慮されています。 |

(4) 施設で併せて実施する事業

| 事業の種類      | 利用定数 | 静岡県指定        |
|------------|------|--------------|
| デイサービスセンター | 18人  | 第2271101566号 |

## 4 職員の配置状況

(1) 職員の配置体制

「介護予防特定施設入居者生活介護事業所」及び「特定施設入居者生活介護事業所」として配置すべき職員を合わせた体制です。

(単位：人)

| 職種            | 職務の内容                                             | 常勤                | 非常勤 | 合計                |
|---------------|---------------------------------------------------|-------------------|-----|-------------------|
| 施設長           | 施設全般の管理・運営に当たります。                                 | 1                 | —   | 1                 |
| 事務員           | 施設に関わる事務全般を担当します。                                 | 2                 | —   | 2                 |
| 生活相談員         | ご利用者、ご家族の生活・介護全般に関する相談・援助、地域の他の関係機関・諸施設との連携を行います。 | 1                 | —   | 1                 |
| 計画作成担当者       | 介護支援専門員がご利用者の特定施設等サービス計画を作成します。                   | 1                 | —   | 1                 |
| 看護職員<br>(看護師) | 特定施設等サービス計画に基づき、ご利用者への看護を提供します。                   | 常勤換<br>算2人<br>以上  | —   | 常勤換<br>算2人<br>以上  |
| 介護職員          | 特定施設等サービス計画に基づき、ご利用者への介護サービス全般を提供します。             | 常勤換<br>算21<br>人以上 |     | 常勤換<br>算21人<br>以上 |
| 機能訓練指導員       | 専門の機能訓練指導員が、ご利用者の心身機能の維持・向上のための訓練を実施します。          | 1                 | —   | 1                 |

|       |                                       |     |     |     |
|-------|---------------------------------------|-----|-----|-----|
| 管理栄養士 | ご利用者の栄養管理指導を実施します。                    | 1   | —   | 1   |
| 調理員   | 調理は給食業者への委託です。<br>(給食業者：日清医療食品㈱静岡営業所) | (4) | (—) | (4) |

※ 看護・介護職員は、静岡県が定める基準（利用者3人に対し1人配置）を上回る手厚い体制（利用者2.5人に対し1人以上）をとっています。

## （2）職員の勤務体制

| 職 種                       | 勤務体制                                                                                                                     |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者                       | 8：30～17：30 常勤で勤務します。                                                                                                     |
| 生活相談員                     | 8：30～17：30 常勤で勤務します。                                                                                                     |
| 計画作成担当者                   | 日勤 8：30～17：30                                                                                                            |
| 介護職員<br>(日中はユニットごとに担当します) | 早番 7：00～16：00<br>日勤 8：30～17：30<br>遅番 10：00～19：00<br>夜勤 16：00～翌8：30<br>夜間（19：00～翌7：00）は、フロアごとの対応となります。各フロアに1名の夜勤職員を配置します。 |
| 看護職員                      | 早番 7：30～16：30<br>日勤 8：00～17：00<br>遅番 9：00～18：00<br>夜間は、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。                                              |
| 機能訓練指導員                   | 日勤 8：30～17：30                                                                                                            |
| 管理栄養士                     | 8：30～17：30 常勤で勤務します。                                                                                                     |

## 5 利用定員：60人

「要支援認定」を受けた方、及び「要介護認定」を受けた方を合わせて60人です。

## 6 施設が提供するサービスの内容及び利用料金

- 施設では、ご利用者又はご家族の要望や、ご利用者について解決すべき課題等を把握し、これに基づき個人ごとに作成した「特定施設等サービス計画」に沿って適切な介護サービスを提供します。
- ご利用者には、原則として各ユニット単位に介護サービスを提供します。
- 施設が提供するサービスには、
  - (1) ケアハウス利用サービス（老人福祉法管轄）
  - (2) 介護保険給付サービス（介護保険法管轄：ご利用者負担は 1～3 割）
  - (3) ご利用者の全額負担による介護保険給付対象外サービス（オプションサービス）があります。オプションサービスは、原則として、希望されるご利用者にのみ提供します。

### (1) ケアハウス利用サービス（老人福祉法管轄）

#### (ア) ケアハウス利用サービスの内容

- 当施設は、老人福祉法に定める軽費老人ホーム（ケアハウス）に位置付けられているため、入居一時金（家賃充当分）、居住費（家賃）、サービス提供費（事務費）、生活費（食費含む）が必要になります。

#### ①入居一時金、居住費（家賃）

- 20年分の居住費である4,800,000円（20,000円×12ヵ月×20年）を、一時金と月々のお支払いとなる居住費（家賃）とに分けてお支払いいただきます。お支払いいただく組み合わせは次のとおりです。

|   | ・入居一時金 | ・月額居住費（毎月支払） | ・月額居住費（入居一時金より充当） |
|---|--------|--------------|-------------------|
| A | 480万円  | 0円           | 20,000円           |
| B | 240万円  | 10,000円      | 10,000円           |
| C | 120万円  | 15,000円      | 5,000円            |
| D | 0円     | 20,000円      | 0円                |

- 20年を経過した入居者及び入居一時金0円の場合は、入居預り金として30万円徴収させていただきます。
- 入居後20年未満で退居された場合は、月割りにて差額(未償却分)を返金いたします。
- 入居月及び退居月ともに日割り計算は行いません。居室の明け渡し後、退去月の翌月以降となった場合には、明け渡し日まで月額居住費を日割り請求させていただきます。

## ②サービス提供費（事務費）

- 施設の維持・運営のための費用で、静岡県の基準により金額が定められています。県基準の改定により遡って金額が変更される場合があります。
- 金額は入居者の前年収入から、必要経費（租税、社会保険料、入居後の医療費及び介護保険の自己負担分）を差し引いた金額によって下記の通り区分されます。
- 入居月及び退居月のみ日割り計算を行います。

| 対象収入による階層区分  |                       | 本人からの事務費徴収額（月額） |
|--------------|-----------------------|-----------------|
| 1            | 1,500,000 円以下         | 10,100円         |
| 2            | 1,500,001～1,600,000 円 | 13,100円         |
| 3            | 1,600,001～1,700,000 円 | 16,100円         |
| 4            | 1,700,001～1,800,000 円 | 19,200円         |
| 5            | 1,800,001～1,900,000 円 | 22,200円         |
| 6            | 1,900,001～2,000,000 円 | 25,200円         |
| 7            | 2,000,001～2,100,000 円 | 30,300円         |
| 8<br>～<br>18 | 2,100,001 円以上         | 33,400円         |

## ③生活費（食費含む）

- 食事代及び共用部分の光熱水費に充てる費用で、静岡県の基準により金額が定められています。県基準の改定により遡って金額が変更される場合があります。
- 金額は4月～10月までを通常期とします。11月～3月までは冬期として暖房費（月額2,150円）が加算されます。  
生活費（令和8年8月現在） 通常期 51,805円（月額）  
冬期 53,955円（月額）
- 生活費は2泊3日以上の外泊又は入院等であって、「朝食～昼食～夕食」を連続して欠食され、且つ2日前までに欠食届けが出されていた場合、1日分の食材料費885円を返金します。
- 入居月及び退居月のみ日割り計算を行います。

(2) 介護保険給付サービス

(ア) 介護保険給付サービスの内容

| サービスの種類   | 内 容                                                                                                                                                                                            |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○ 食 事     | <p>○ 管理栄養士の指導に基づく献立表により、栄養とご利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。</p> <p>○ お食事はできるだけ離床して、各ユニット内のリビングルームでとっていただきます。</p> <p>○ お食事に介助が必要な方は、介護職員が介助します。</p> <p>○ 身体状況等で食事の形態を変更されたい方は、あらかじめお申し出下さい。</p> |
| ○ 排 せ つ   | <p>○ ご利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立について適切な援助を行います。</p> <p>○ おむつ等を使用する方に対しては、必要に応じておむつ交換を行います。</p> <p>※おむつ、尿取りパッド等の排せつ用品は、介護保険給付の対象外であるため、ご利用者の負担となります。</p>                                  |
| ○ 入 浴     | <p>○ 原則週2回の入浴又は清拭の介助を行います。</p> <p>○ 寝たきり等で座位のとれない方は、リフト浴又は特殊浴槽での入浴となります。</p>                                                                                                                   |
| ○ 着替え・整容  | <p>○ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</p> <p>○ 生活のリズムを考えて朝夕の着替えができるよう配慮します。</p> <p>○ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。</p> <p>○ シーツ交換は原則週1回実施します。</p>                                                    |
| ○ 環 境 整 備 | <p>○ ご利用者が快適な生活を送ることができるよう適切な環境を整えます。</p> <p>○ 居室の清掃は原則週1回実施します。</p> <p>○ 必要に応じてご利用者の居室の整理、ゴミの処理を行います。</p>                                                                                     |
| ○ 健 康 管 理 | <p>○ 看護職員による健康相談、心身状況の把握に努めます。</p> <p>○ 看護職員又は協力医療機関との連携によりご利用者に対して24時間の見守り体制を確保し健康上の管理を行います。</p>                                                                                              |



|                   |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | <p>○ 協力歯科医療機関の指導のもとに、誤嚥防止や口腔内の清潔向上に努めます。</p> <p>○ 必要に応じてご利用者の服薬支援を行います。</p> <p>○ ご希望の方を対象に年1回健康診断を実施し、その記録を保存し健康の保持、疾病の予防を行います。（有料：自治体の助成を利用できる場合があります。）</p> <p>※インフルエンザの感染予防のために、インフルエンザ予防接種を行います。（有料：自治体の助成あり。インフルエンザ予防接種に際しては、ご利用者・ご家族の同意書が必要になります。）</p> |
| ○ 機能訓練            | <p>○ 機能訓練指導員によるご利用者の状況に適合した機能訓練を行い、生活機能の維持・改善に努めます。</p> <p>○ 機能訓練を行う際には、「個別機能訓練計画書」を作成し、書面で説明を行い、その内容について同意を得ます。</p> <p>○ 体操や遊びを取り入れた、グループでのリハビリも実施します。</p> <p>○ 日常生活の中で、ご自分ができることを行っていくことで、生活リハビリを推進します。</p>                                               |
| ○ 相談・援助           | <p>○ 当施設は、ご利用者及びご家族からの相談については誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> <p>○ 職員には守秘義務があります。お気軽にご相談下さい。<br/>（相談窓口）生活相談員：中村 有紀子</p>                                                                                                                                    |
| ○ 協力医療機関への通院・付き添い | <p>○ 協力医療機関への通院時の送迎・受診時の職員付き添いは、基本サービスに含まれます（無料）。</p> <p>※→協力医療機関については、「11 協力医療機関等」をご覧ください。</p> <p>○ 原則として、あらかじめご予約が必要です。</p>                                                                                                                               |

(イ) 介護保険給付サービスの利用料金

- 下記の料金表により、ご利用者の要支援・要介護度に応じた基本単位数及び加算を基に月毎に算定されたサービス利用料金から、介護保険の給付額（９割～７割）を控除した金額（介護保険負担割合証に記載された割合の額、１割～３割）をお支払いいただきます。
- ご利用者本人がまだ要介護認定を受けていない場合は、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。要支援又は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は、ご利用者又はご家族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。
- 介護保険給付サービスの料金体系は、介護保険関係法令に基づき定められています。料金の変更については、将来、介護保険関係法令の改正等があった場合に改定されることがありますが、その場合には改正の内容をあらかじめお知らせします。

- ① １日当たりの基本単位数（介護保険適用分：厚生労働大臣が定めた基準です。）  
（沼津市における報酬単価は、１単位＝１０.１４円です）

| ①<br>基本単位数 | 要支援１        | 要支援２        | 要介護１        | 要介護２        | 要介護３        | 要介護４        | 要介護５        |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|            | １８３<br>単位／日 | ３１３<br>単位／日 | ５４２<br>単位／日 | ６０９<br>単位／日 | ６７９<br>単位／日 | ７４４<br>単位／日 | ８１３<br>単位／日 |

② 加算についての説明

|                      |                                |                                                                                        |
|----------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 個別機能<br>訓練加算<br>（Ⅰ）  | １２単位／日                         | 機能訓練指導員を配置し、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同し、ご利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき個別機能訓練を実施している場合に算定します。    |
| 個別機能<br>訓練加算<br>（Ⅱ）  | ２０単位／月                         | 個別機能訓練加算（Ⅰ）の要件に加え、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施において適切かつ有効にその必要な情報を活用する場合に算定します。    |
| サービス<br>提供体制<br>強化加算 | （Ⅰ）<br>２２単位／日<br>（Ⅱ）<br>１８単位／日 | 介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が<br>（Ⅰ）７０％以上（Ⅱ）６０％以上配置されている場合に算定します。<br>※（Ⅰ）または（Ⅱ）のいずれかのみ算定されます |
| 夜間看護<br>体制加算<br>（Ⅱ）  | ９単位／日                          | ご利用者に対して２４時間の看護連絡体制を確保し、かつ必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している場合に算定します。<br>※要介護１～要介護５の方のみ算定されます   |

|                |                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関連携加算     | 100 単位/月                          | 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て、当該利用者の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合に算定します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 入居継続支援加算       | (Ⅰ)<br>36 単位/日<br>(Ⅱ)<br>22 単位/日  | (1) 又は (2) のいずれかに適合し、(3) (4) のいずれにも適合する場合に算定します。<br>(1) ①～⑤に掲げる行為を必要とする方が利用者の 15% 以上であること ※ (Ⅱ) は 5% 以上<br>①口腔内の喀痰吸引 ②鼻腔内の喀痰吸引<br>③気管カニューレ内部の喀痰吸引<br>④胃ろう又は腸ろうによる経管栄養<br>⑤経鼻経管栄養<br>(2) (1) ①～⑤に掲げる行為を必要とする方及び⑥～⑧のいずれかに該当する状態の方が利用者の 15% 以上であり、かつ、常勤の看護師を 1 名以上配置し、看護に係る責任者を定めていること ※ (Ⅱ) は 5% 以上<br>⑥尿道カテーテル留置を実施している状態<br>⑦在宅酸素療法を実施している状態<br>⑧インスリン注射を実施している状態<br>(3) 介護福祉士の数が、常勤換算方法で、10 人以上 (1:6 以上) であること<br>(4) 人員基準欠如に該当していないこと |
| 退居時情報提供加算      | 250 単位/回<br>(1 回まで)               | 退居後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者の同意を得て、入居者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に算定します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 生産性向上推進体制加算    | (Ⅰ)<br>100 単位/月<br>(Ⅱ)<br>10 単位/月 | 見守り機器等のテクノロジーを複数導入するとともに、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善の取組等を継続的に行い、その効果を厚生労働省にデータ提出している場合に算定します。<br>※ (Ⅰ) (Ⅱ) のいずれか一方が算定されます                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 退院・退所時連携加算     | 30 単位/日<br>* 入居から 30 日以内に限る。      | 協力医療機関を退院・退所した方が入居際、協力医療機関から必要な情報の提供を受けるなどの連携している場合に算定します。(要介護 1～要介護 5 の方が該当)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | 20 単位/回                           | 管理栄養士以外の介護職員等でも、6 月ごとにご利用者の口腔の健康状態、栄養状態について確認し、その情報をご利用者を担当する介護支援専門員にその情報を提供する場合に加算します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 看取り介護<br>加 算        |            | 施設において下記イからホの条件を満たし、看取り介護（ターミナルケア）を行った場合に算定します。<br>イ 入居時に、利用者又はご家族等に対して、別に定める「看取りに関する指針」が説明され、同意を得ていること<br>ロ 主治医が医学的知見に基づいて回復の見込みがないと診断していること<br>ハ ご利用者又はご家族等の同意を得て、利用者の介護にかかる計画が作成されていること<br>ニ ご利用者の状態又はご家族の求めに応じて随時説明を行い、同意を得た上で介護が行われていること<br>ホ 適宜、イの指針の見直しを行うとともに、看取りに関する職員研修を行っていること |
|                     | 1,280 単位/日 | ご逝去された日                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                     | 680 単位/日   | ご逝去された日の前日、前々日                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                     | 144 単位/日   | ご逝去された日前 4 日以上 30 日以下                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                     | 72 単位/日    | ご逝去された日前 3 1 日以上 4 5 日以下                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 科学的介護<br>推進体制加<br>算 | 40 単位/月    | ①ご利用者ごとの、ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他のご利用者の心身等の基本的な情報を厚生労働省に提出します。②必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供上、①の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用する場合に加算します。                                                                                                                                                 |
| ADL 維持等<br>加算（Ⅰ）    | 30 単位/月    | ①ご利用者（評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上の場合。②ご利用者全員について、6月ごとにADL 値を測定し、測定した月ごとに厚生労働省に提出している場合。③ご利用開始月の翌月の6月目の月に測定したADL 値からご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た値《調整済 ADL 利得》について、ご利用者等から《調整済 ADL 利得》の上位と下位それぞれ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 以上である場合に加算します。    |

|                     |                                                                                                                             |                                                                                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADL 維持等<br>加算（Ⅱ）    | 60単位/月                                                                                                                      | ③ADL 維持等加算（Ⅰ）の①と②の要件を満たす場合。④<br>評価対象利用者等の《調整済ADL利得》を平均して得た値<br>が3以上である場合に加算します。＊上記ADL 維持等加算<br>（Ⅰ）とADL 維持等加算（Ⅱ）は併算定はしません。 |
| 介護職員等<br>処遇改善加<br>算 | 総単位数の<br>（Ⅰ）イ<br>148/1000<br>（Ⅰ）ロ<br>159/1000<br>（Ⅱ）イ<br>142/1000<br>（Ⅱ）ロ<br>153/1000<br>（Ⅲ）<br>130/1000<br>（Ⅳ）<br>108/1000 | 一ヶ月の総単位数のうち所定の割合が介護職員等処遇改善<br>加算として上乗せされます。端数は四捨五入されます。                                                                   |

### (3)介護保険給付対象外サービス

- 当施設では、介護保険給付サービスのほか、以下のメニューの介護保険給付対象外サービスの便宜を図ります。
- 「職員増配置費用」以外の介護保険給付対象外サービスの提供は、ご利用者の希望と選択に基づいて行います。
- 介護保険給付対象外サービスの提供に伴う利用料金は、以下に記載のとおりです。当該サービスの利用料金は、将来、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には、見直しを行います。
- 見直しを行う場合には、変更内容及び変更事由については、あらかじめご説明し、ご利用者から同意を得るものとします。

#### 介護保険給付対象外サービスの内容と利用料金

##### ① 職員増配置費用

- 看護・介護職員について、国基準（ご利用者3名に対し看護・介護職員1名）を上回る配置（ご利用者2.5名に対し1名以上）に伴う費用です。

【職員増配置費用】

〔1日の場合〕

〔30日の場合〕

※単位：円（消費税非課税）

※単位：円（消費税非課税）

| 職員増配置費用 |
|---------|
| 1,480   |

| 職員増配置費用 |
|---------|
| 44,400  |

② 特別援助サービス費

|                                                                                                                                  |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 要支援1又は要支援2のご入居者に対し、夜間時、看護職員が自宅に待機して不測の緊急事態に対応する費用です。ご利用を希望されるご入居者には、あらかじめ同意をいただきます。<br>※要介護1以上のご入居者については、介護保険の夜間看護体制加算での対応となります。 | 3,000円/月 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|

③ その他の有料オプションサービス（ご利用者の希望と選択に基づき提供します。）

| メニュー           | 内 容                                                                                                                                | 費 用                                              |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| ○おむつ等の提供       | ご利用者のご希望に応じて提供します。                                                                                                                 | 実 費                                              |
| ○日常生活上必要となる諸費用 | 日常生活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者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用です。<br>（歯磨き粉・歯ブラシ・ティッシュペーパー・石鹸・居室のトイレトペーパー等/マスク・プラスチック手袋・使い捨てエプロンほか感染予防用品） | 実 費                                              |
| ○トロミ剤          | 嚥下機能が低下している方のための水分摂取サポートとして、施設で一括購入するトロミ剤を使用する場合                                                                                   | 実 費                                              |
| ○入浴用消耗品        | 施設で一括購入する、シャンプー、リンス、ボディーソープを使用する場合                                                                                                 | 100円/月                                           |
| ○トイレ清掃用消耗品     | 施設で一括購入するトイレ用シートクリーナー、トイレ用洗剤を使用する場合                                                                                                | 200円/月                                           |
| ○通 信           | コピー・ファックス等をご利用になった場合の費用です。                                                                                                         | コピー<br>カラー 30円/1枚<br>それ以外 10円/1枚<br>ファックス 10円/1回 |

|                                          |                                                                                                                                                                                  |                                                          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ○理髪・美容                                   | 月に1回、専門業者の出張による有料理髪・美容サービスをご利用いただけます。                                                                                                                                            | 実 費<br>毎月第4土曜日<br>クランチケア                                 |
| ○インフルエンザ<br>予防接種                         | 自治体によって助成があります。                                                                                                                                                                  | 実 費                                                      |
| ○保険証等の管理                                 | 医療保険証類および介護保険証類だけの管理委託については、利用者負担はありません。                                                                                                                                         | 無 料                                                      |
| ○私物の洗濯<br>(原則として、ご<br>自身でお洗濯を<br>お願いします。 | 職員が洗濯を代行する場合                                                                                                                                                                     | 洗濯 200円<br>洗濯干し 200円<br>取り込み 200円<br>たたみ 200円<br>収納 200円 |
|                                          | 職員が施設の乾燥機を使用して乾燥を代行する場合                                                                                                                                                          | (各1回当たり単価)<br>乾燥200円/10分                                 |
|                                          | 洗濯をすべて施設にお任せの場合は、施設がまとめてクリーニング業者に洗濯を依頼します。(他の入居者と取り違いがないう衣類等にはあらかじめお名前を記入願います)                                                                                                   | 1ネット550円(あらかじめ業者から洗濯ネットをレンタル(550円)していただきます。)             |
| ○布団干し                                    | 週2回以上のふとん干し                                                                                                                                                                      | 200円/1回                                                  |
| ○当施設の協力医療機関以外の病院・診療所等への通院・受診時の職員付き添い     | 当施設の協力医療機関への通院・受診時の付き添いは基本サービス(無料)に含まれますが、ご入居者の「かかりつけ医」等の協力医療機関以外の病院・診療所へ職員が付き添う場合は、公共交通機関をご利用いただく他、付添料として、右欄の料金を負担していただきます。なお、車いすの方は施設が介護タクシーを手配しますが、介護タクシーのご利用料金はご入居者の負担となります。 | 400円/15分                                                 |
| ○外出同行・援助                                 | 個別のご希望に応じて外出時の同行援助を行います。公共交通機関等をご利用いただきますが、車いすの方が介護タクシーを利用された場合の料金は、ご入居者の負担となります。なお、同行援助のための経費(同行援助者の入場料等)は、ご入居者の負担となります。                                                        | 400円/15分                                                 |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                       |                               |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| ○援助サービス          | <p><u>ご家族が遠方にお住まいで、日頃施設に立ち寄れない場合等</u>に限り、少額の物品の買い物代行や個人的な作業等の代行を施設職員等が可能な範囲で行います（インターネットなどでの注文・支払いなども含む）。</p> <p>郵便局、銀行、コンビニエンス・ストアでの支払い、メール便、小包発送代行、調剤薬局への薬の受け取り等。</p> <p>※ガソリン代は別途いただきます。</p>                                       | 400円／15分                      |
| ○イベント・小旅行・買い物ツアー | <p>ご希望者を募って行うイベント、小旅行、買い物ツアーに参加される場合、それに要する経費（参加費、入場料等）をご負担いただきます。</p>                                                                                                                                                                | 実 費                           |
| ○個人の趣味活動に伴う材料費等  | <p>ご入居者の趣味やご希望に合わせて実施するサークル・クラブ活動等で使用する材料費です。講師謝礼分を含みます。</p>                                                                                                                                                                          | 実 費                           |
| ○日常生活費支払いの立替     | <p>普段現金を所持していない、お預かりしている預り金が不足している、一時的な立替を希望されるなどの場合、預り金規定に則り、施設で立て替え払い後、翌月の請求書にて請求をさせていただきます。その場合、レシート1枚に付き、右欄の料金をご負担いただきます。ただし、外出、行事、食事会での立替は、1日の行程につき右欄の料金をご負担いただきます。また、1回あたりの利用額は1万円までとします。なお、買い物代行サービスや外出時のお立て替えにもご利用いただけます。</p> | 40円／レシート<br>1枚に付き             |
| ○ご家族の食事          | <p>ご家族来所時に、事前のご予約をいただければ、ご利用者と同様の食事を提供します。</p>                                                                                                                                                                                        | 朝食 410円<br>昼食 650円<br>夕食 600円 |
| ○個別の依頼           | <p>給食以外での果物や野菜、卵などの「皮むき」、「すりおろし」、「輪切り」など、<u>きわめて個別な注文を職員に依頼される場合</u></p>                                                                                                                                                              | 400円／15分                      |
| ○ 買い物代行          | <p>○ 日常生活用品の購入代行として、月に1回以上、ご利用者からの要望をとりまとめて、カタログ通販などでの買い物を無料で代行します（食料品を除く少額な物品のみ）</p> <p>※上記以外の買い物代行を希望される場合は、有料となります。</p>                                                                                                            | 実 費                           |



|       |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ○移送料金 | <p>当施設は中部運輸局静岡運輸支局に「自家用有償旅客運送者」として登録済みであり、ご入居者のために有償移送サービスを行うことができます。<u>ただし、登録職員以外の運転が認められないため、登録職員の手がふさがっている場合には対応できかねることから、常にご利用できるとは限りません。</u></p> <p>なお、移送料金は、移送サービスの利用に関する対価であり、病院等へ付き添う場合には、別途付き添い料金をいただきます。</p> | <p>初乗り走行2km まで400円</p> <p>以後、1km 単位ごとに200円を加算</p> <p>有料駐車場および有料道路の使用料金については実費徴収となります</p> |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|

※ガソリン代は1キロあたり15円とし、施設から目的地までの往復距離とします。

なお、上記以外のオプションサービスを希望される場合には、外部のサービス取扱い業者を、ご紹介いたします。

#### ④その他のご利用者負担

|                  |                                                                      |
|------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ○居室の光熱水費         | 居室のメーター使用量に基づきご負担いただきます。                                             |
| ○電話料             | 電話サービス提供会社と直接契約をお願いします。                                              |
| ○駐車場利用料金         | ご利用者自家用車の施設内駐車料金：3,000 円/月                                           |
| ○新聞購読料           | 個人的な新聞購読は販売店との直接契約をお願いします。                                           |
| ○施設・設備等の破損       | 業者の見積りと請求に基づき、実費をご負担いただく場合があります。                                     |
| ○退去時の居室清掃等原状回復費用 | ご退去時には、居室及び居室に付属する設備・備品の清掃及び現状回復の費用をご負担いただきます。                       |
| ○居室管理料金          | ご利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の利用終了日から実際に居室が明け渡された日まで居住費の全額をご負担いただきます。 |

## 7 料金の支払方法

○ サービス利用料金の支払いは、毎月15日に施設から料金の請求を行い、20日に口座自動引落としにより精算させていただきます。なお、20日が銀行休日の場合には、次の銀行営業日に口座自動引落としにより精算させていただきます。

## 8 施設の利用に当たっての留意事項

施設は、ご利用者の共同生活の場ですので、快適性、安全性を確保するために、下記の事項をお守り下さい。

### ○ 施設・設備の使用上の注意

- 居室、共用施設及び敷地をその本来の用途に従って使用して下さい。
- 居室は原状のまま使用して下さい。
- 居室、共用施設、又は敷地内で動物(ペット)を飼育することはできません。
- 施設の物品等を断りなく外部へ持ち出すことはご遠慮下さい。
- 廊下、共同生活室（リビングルーム）は21：00～6：00まで消灯します。

### ○ 施設・設備の現状回復

- 施設・設備について、通常の使用では生じない汚損が発生した場合には、ご利用者の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きます。
- 各居室のエアコンについては、専門業者による点検とフィルター清掃を定期的を実施しますが、点検の結果洗浄が必要と判断された場合には、故障の原因にもなりますので、ご利用者の負担により、専門業者による洗浄をお願いします。

### ○ 施設内で守っていただくべき事項

- 所持品の持ち込みは、生活上の最小限の持ち物をお願いします。
- 騒音、けんか、口論、泥酔等、他の入居者の迷惑になる行為はご遠慮下さい。また、むやみに他のご入居者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
- 施設内では社会人としてのマナーを遵守して下さい。
- 他のご入居者や当施設職員に対する身体的・精神的暴力行為、セクシャルハラスメントは、厳に謹んでください。
- 他のご入居者や施設職員に対する宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはご遠慮下さい。
- 指定の場所以外で火気を用いることはご遠慮下さい。

### ○ 面会

- 面会時間： 午前 8：30～午後 8：00
- 来訪者は、必ず面会簿にご記入ください。

- 来訪される場合、「生もの」の持ち込みはご遠慮下さい。
- ご家族、外来客が居室に宿泊される時は、あらかじめ届け出て下さい。居室内への宿泊は無料です。
- 外出・外泊
  - 外出、外泊をされる場合は、事前にお申し出下さい。宿泊先及び帰省予定日、食事の欠食等について記入して下さい。
- 食事
  - 食事が不要な場合は、2日前までにお申し出下さい。2日前までにお申し出があった場合には、欠食時の返金（1日当たり885円）をいたします。
- 飲酒
  - お酒は、家で健康のため飲まれている方は、持ってこられても構いません。
- 施設内禁煙
  - 社会福祉施設においては、健康増進法第25条に基づき、受動喫煙の防止を図ることが求められています。居室内を含め施設内ではお煙草をご遠慮下さい。
- 物品等の管理
  - 施設に持込まれる物品は、ご本人の自己管理を原則とします。
  - 高額な現金や宝飾品等の貴重品の持ち込みはご遠慮下さい。
  - 火災、事故の危険がある物品の持ち込みはご遠慮下さい。  
例 石油／ガス／電気ストーブ、ロウソク、線香等
  - 私物にはできるだけお名前を記入するなど、他ご利用者の私物と取り違いされないようご配慮下さい。
- 他のご利用者、職員への贈り物
  - 他のご利用者にお菓子などを差し上げる場合は、食事制限やカロリー制限がある方もおられますので、職員にご相談下さい。
  - 職員へのお心づけは一切いたしておりませんのでご了承下さい。（お気持ちだけありがたくいただきます。）
- 玄関の施錠について
  - 施設の玄関入口は、防犯及びご利用者保護のため夜間帯（17：30～翌朝8：30）は、

施錠します。その時間帯は、玄関入口のインターホンで職員を呼び出して下さい。インターホンに出ない場合には、外線電話（055-928-6811）での呼び出しをお願いします。  
外へ出られる方は、スタッフステーションへ声をかけ開錠を依頼して下さい。

○ エレベーターのご利用について

- 食事時間の前後30分は配膳カートを1階の厨房から各フロアに運ぶため、ご利用者やご家族の利用にご迷惑をかけることがあります。ご了承ください。

○ 新聞、郵便物の管理

- 新聞は1階入り口に個人用の郵便受けを設置してあります。
- 郵便物は直接ご入居者にお渡しいたします。ご家族受け取りを希望される方は事務所に留め置きますのでお申し出ください。

○ その他

- サービスの提供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、ご入居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。ただし、その場合は、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮に努めます。

## 9 サービス提供における事業者の責務

当施設は、ご利用者へのサービスの提供に際して、次のことを守ります。

- ご利用者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- ご利用者の体調、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上、ご利用者から聴取、確認します。
- ご利用者が受けている要介護・要支援認定の有効期間の満了日の2ヶ月前にご家族にご連絡の上、更新申請のために必要な援助を行います。
- ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、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に協力し、複写物を交付します。
- 施設は、サービスの提供に当たっては、ご利用者又は他のご利用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、ご利用者に対し身体的拘束その他の方法により行動を制限しません。身体的拘束その他の行動制限を行う場合には、必要最小限のやむを得ない態様にとどめるとともに、その態様及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- 施設及び職員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得たご利用者及びご家族等の秘密を漏らしません。ただし、他の居宅介護支援事業者または医療機関等に対し、ご利用者

及びご家族等に関する情報を提供する必要がある場合には、ご利用者及びご家族等に使用目的等を説明し、文書によりあらかじめ同意を得ます。

- 苦情処理委員会、身体拘束廃止検討委員会、事故対策委員会等の各種委員会を定期的開催してサービスの点検を行うなど、適切かつ安全な特定施設等入居者生活介護の提供に努めます。

## 9-2 事業者における免責事項

ご利用者が居室等において、職員不在時に転倒等により受傷された場合には、当施設は医療費の負担その他の責を負いません。

## 10 緊急時の対応

ご利用者の容体に変化等があった場合は、速やかにご利用者の緊急連絡先、主治医及び当施設の協力医療機関等に連絡します。

|         |     |  |
|---------|-----|--|
| あなたの主治医 | 氏 名 |  |
|         | 連絡先 |  |
| 緊急連絡先①  | 氏 名 |  |
|         | 関 係 |  |
|         | 連絡先 |  |
| 緊急連絡先②  | 氏 名 |  |
|         | 関 係 |  |
|         | 連絡先 |  |

## 11 協力医療機関等

- 協力医療機関

【ひいらぎファミリークリニック】（医療法人社団オカニューロケアクリニック）

|      |                             |         |  |
|------|-----------------------------|---------|--|
| 住 所  | 〒411-0942 静岡県駿東郡長泉町中土狩369-1 |         |  |
| 電 話  | 055-960-6850                | 入院設備の有無 |  |
| 診療科目 | 脳神経外科、総合内科                  |         |  |

○ 協力歯科医療機関

【佐野歯科クリニック】

|      |                          |         |  |
|------|--------------------------|---------|--|
| 住 所  | 〒410-0022 静岡県沼津市大岡1420の3 |         |  |
| 電 話  | 055-951-0522             | 入院設備の有無 |  |
| 診療科目 | 歯科                       |         |  |

○協力薬局

【杏林堂薬局】三島駅南調剤センター

|     |                                         |     |      |
|-----|-----------------------------------------|-----|------|
| 住 所 | 〒411-0036 静岡県三島市一番町13番11号<br>ヒルトップ壱番町1階 |     |      |
| 電 話 | 055-972-5711                            | 分 類 | 調剤薬局 |

## 12 サービスの終了

当施設が提供する特定施設等入居者生活介護サービスは、次の事項に該当するに至った場合に終了します。

○ ご利用者の都合でサービスの終了を希望する場合

- ご利用者は、7日間以上の予告期間をもって、施設長あてにサービス終了の申し出をすることにより契約を解除できます。

○ 施設側の都合でサービスを終了する場合

- 人員不足等やむを得ない事由により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりご利用者に通知するとともに、他の特定施設、介護保険施設等を紹介する等の適切な措置を講じます。

○ 自動終了

- 次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
  - ア) ご利用者の要介護度が、「自立」と認定された場合
  - イ) ご利用者がケアハウスを退去されたとき
  - ウ) ご利用者が亡くなられたとき

○ その他

- 当施設が、
  - ア) 正当な理由がなくサービスを提供しない場合
  - イ) 守秘義務に違反した場合
  - ウ) あなたやあなたのご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
  - エ) 施設が破産した場合

あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。

● あなた又はあなたの家族等が、

ア) サービスの利用料金を2ヵ月以上滞納し、支払いの催告を再三受けたにもかかわらず支払わないとき

イ) 当施設に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

ウ) 他のご利用者又は当施設職員に対して、身体的な力を使って危害を及ぼす行為、言葉や態度によって、個人の尊厳を傷つけたり、人格を貶めたりする行為又はセクシャルハラスメント行為、その他「ハラスメント」と認められる行為が繰り返される危険性がある場合において、施設は文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただくことがあります。

● 医師が当施設での生活が困難だと判断した場合、医療依存度が高く介護サービスの範囲では身体的・精神的安定を図ることが難しいと認めた場合、入院後、退院の見込みが不明な場合、当施設の建物・設備、職員配置等の観点から、安全に生活が続けることが困難と認められる場合は、退居をお願いすることがあります。

その場合には、事前にご利用者又はご家族等と相談の上、対応いたします。

※ 詳細は、「介護予防特定施設入居者生活介護・特定施設入居者生活介護利用契約書」第16条～第18条をご覧ください。

### 1.3 事故発生時の対応

サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに自治体、ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要かつ適切な措置を講じます。

○ 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

○ 事故対策委員会において、その分析を通じた改善策を検討するとともに、職員に再発防止を周知徹底する体制を整備します。

### 1.4 損害賠償

当施設において、施設の責任によってご利用者に生じた損害については、当施設は賠償額が確定し次第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、かつご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合、当施設の損害賠償額が減額されることがあります。

(例：ご利用者が転倒により骨折したとき、施設に明らかな過失が認められない場合、治療費はご利用者負担となることがあります)

また、天災・事変などの不可抗力、火災・盗難・暴動・不慮の事故によりご利用者が受けた損害については、当施設の故意または重大な過失による場合を除き、当施設は一切の賠償責任を負いません。

## 15 虐待防止の取組みと発生時の対応

ご利用者やその家族に対して、虐待に該当する行為を行うことのないよう虐待防止の理解をはじめとする研修等を行い、発生の予防に努めます。また、虐待が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。

## 16 非常災害時の対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

|         |                                                                                           |     |           |     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|-----|
| 訓練の方針   | 施設長は、火災・地震・風水害等非常災害に備えて、消火・避難・救出等に関する計画を定め、定期的に訓練の実施等万全の対策を講ずるとともに、ご利用者が常に防災に心掛けるよう指導します。 |     |           |     |
| 平常時の訓練等 | 別途定める「岡宮グリーンヒル消防計画」にのっとり、昼間及び夜間を想定した避難訓練を、ご利用者も参加して実施します。                                 |     |           |     |
| 防災設備    | 設備名称                                                                                      | 個数等 | 設備名称      | 個数等 |
|         | スプリンクラー                                                                                   | あり  | 防火扉・シャッター | あり  |
|         | 補助散水栓                                                                                     | あり  | 防災垂れ壁     | あり  |
|         | 自動火災報知機                                                                                   | あり  | 避難階段      | 2ヵ所 |
|         | 誘導灯                                                                                       | あり  | ガス漏れ報知機   | あり  |
|         | 非常用電源                                                                                     | あり  | 非常通報装置    | あり  |
| 消防計画等   | 令和8年4月1日 防火管理者：石川 和男                                                                      |     |           |     |

## 17 業務継続計画（BCP）

感染症や非常災害の発生時において利用者に対するサービスの提供を継続的に実施し、早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、計画に基づいて定期的に訓練や内容の見直しを行っています。



## 18 苦情の受付及び解決

- 当施設の利用に関するご相談・苦情、及び特定施設等サービス計画に基づいて提供する各サービスについてのご相談・苦情を承ります。苦情申し出者は、苦情を申し立てたことにより、何らかの差別待遇を受けません。
- 「ご意見箱」を1階事務室前、及び2階階段前に設置していますので、お気軽にご利用下さい。

○ 苦情受付担当者      中村 有紀子（生活相談員）  
                                  電話 055-928-6811  
                                  FAX 055-928-6833

○ 苦情解決責任者      山本 潔（施設長）  
                                  電話 055-928-6811  
                                  FAX 055-928-6833

このほか、次の公的機関や当施設が設置する第三者委員等に苦情を申し立てることができます。

|                                                                                                 |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 沼津市 市民福祉部 長寿福祉課                                                                                 | 〒410-8601<br>沼津市御幸町16番1号<br>電 話 055-934-4873     |
| 静岡県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情相談窓口                                                                  | 〒420-8558<br>静岡市葵区春日2丁目4番34号<br>電 話 054-253-5590 |
| 第三者委員    ○森田 紀    沼津市大岡 345-1    Tel 055-962-3335<br>○越川 年    沼津市大岡 1330-41    Tel 055-921-8509 |                                                  |

※第三者委員は、公平中立な立場で苦情を受け付け、相談に乗っていただける委員です。

○苦情申し出があった場合の当施設の苦情処理手順は、次のとおりです。

(1) 苦情の受付

① 苦情受付担当者は、ご利用者等からの苦情を随時受付けます。なお、第三者委員も直接苦情を受付けることができます。

② 苦情受付担当者は、ご利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出人に確認します。

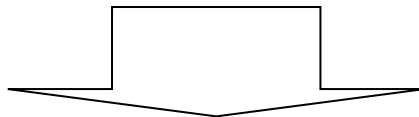
ア) 苦情の内容

イ) 苦情申出人の希望等

ウ) 第三者委員への報告の要否

エ) 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いへの第三者委員の助言、立ち合いの要否

③ ウ) 及び エ) が不要な場合は、苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いによる解決を図ります。

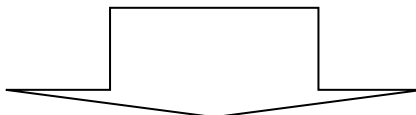


(2) 苦情受付の報告・確認

① 苦情受付担当者は、受付けた苦情はすべて苦情解決責任者と第三者委員に報告します。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を明確に拒否する意思表示をした場合を除きます。

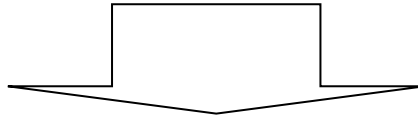
② 投書など匿名の苦情については、第三者委員に報告し、必要な対応を行います。

③ 第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けた場合は、内容を確認するとともに、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知します。



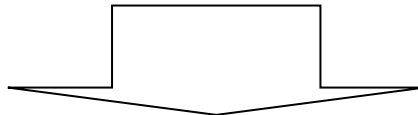
### (3) 苦情解決に向けての話し合い

- ① 苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。その際、苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員の助言を求めることができます
- ② 第三者委員の立ち会いによる苦情申出人と苦情解決責任者の話し合いは、次により行います。なお、苦情解決責任者も第三者委員の立ち会いを要請することができます。
  - ア) 第三者委員による苦情内容の確認
  - イ) 第三者委員による解決案の調整、助言
  - ウ) 話し合いの結果や改善事項等の書面での記録と確認



### (4) 苦情解決結果の記録、報告

- ① 苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質が高まり、運営の適正化が確保されます。これらを実効あるものとするため、記録と報告を積み重ねていきます。
  - ア) 苦情受付担当者は、苦情受付けから解決、改善までの経過と結果について書面に記録します。
  - イ) 苦情解決責任者は、一定期間ごとに苦情解決結果について第三者委員に報告し、必要な助言を受けます。
  - ウ) 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して一定期間経過後、報告します。



### (5) 解決結果の公表

ご利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し、公表します。

## 19 提供するサービスの第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 有
- (2) 実施した直近の年月日 平成 22 年 6 月 29 日
- (3) 実施した機関の名称 静岡県社会福祉協議会
- (4) 評価結果の開示 静岡県及び静岡県社会福祉協議会ホームページで開示

## 20 身元保証人及び連帯保証人

### 身元保証人及び連帯保証人の選任

施設はご利用者に対して、「身元保証人」1 名及び「連帯保証人」1 名を定めていただきます。身元保証人及び連帯保証人は、次の責務を担います。

#### (身元保証人)

- この利用に基づくご利用者の、施設に対する債務の保証人としての責任を負います。
- ケアプランなどご利用者の同意が必要な事項について、ご本人の自筆による意思表示が難しい場合、ご本人の意思を確認の上、署名代行者として署名をお願いします。
- ご利用者の疾病等により医療機関への受診が必要となった場合は受診の付添い並びに医療の選択、入院となった場合はご利用者及び医療機関への対応をお願いします。
- 利用の解除及び終了時には、ご利用者の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めていただきます。
- 利用終了後の、ご利用者の身柄・所持品（残置物）の引取り及び遺留金品の処理、その他の必要な措置をお願いします。

#### (連帯保証人)

- 130万円を上限として、この利用に基づくご利用者の、施設に対する債務を利用者と連帯して負担します。
- 連帯保証人にご負担いただく債務額は、ご利用者又は連帯保証人が死亡したときに確定します。
- 連帯保証人から請求があったときは、施設は、入居者の全ての債務額等に関する情報を連帯保証人に提供します。

#### 身元保証人及び連帯保証人の変更・連絡先の変更

- 身元保証人及び連帯保証人が、それぞれの義務の履行が困難になった場合には、ご利用者は新たな身元保証人・連帯保証人を選任して、施設に通知しなくてはなりません。
- 施設が新たな身元保証人・連帯保証人の選任に同意する場合には、契約当事者間で当該保証人等の変更に関する「合意書」を締結し、契約当事者が「利用契約書」と合わせて保管するものとします。
- 身元保証人・連帯保証人の住所・連絡先が変更になる場合には、速やかに施設あてご連絡下さい。

## 21 住所地特例について

### ○ 住所票を異動された場合の住所地特例の適用について

沼津市以外の市町村から当施設へ入居されたご利用者が、当施設へ住所票を異動された場合は、介護保険法の規定に基づき、入居後も引き続き従前の市町村が保険者となる「住所地特例」が適用されますのでご留意下さい。

令和      年      月      日

(施 設)

ケアハウス岡宮グリーンヒルの利用サービス並びに指定（介護予防）特定施設入居者生活介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、ご利用中に加算の内容が変更となる場合があることを説明しました。

所在地      静岡県沼津市岡宮 1 1 8 2 番地の 1

名 称      岡宮グリーンヒル

説明者      生活相談員

..... 中村 有紀子 .....

(利用者)

上記により、ケアハウス岡宮グリーンヒルの利用サービス並びに指定（介護予防）特定施設入居者生活介護に関する重要事項の説明を受け、サービスの提供加算に同意しました。なお、加算については加算条件を満たした場合の算定となること、ご利用中に加算の内容が変更となる場合があることに同意しました。

利用者

住 所 .....

氏 名 ..... 印

☐ 代理人（選任した場合）    ☐ 署名代行者（代筆した場合）    ☐ 家族・立会人

住 所 .....

氏 名 ..... 印

利用者との関係 .....