

**介護老人福祉施設**

**特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑**

## **重要事項説明書**

当施設はご契約者(入所者)に対して介護老人福祉施設サービスを提供いたします。

施設の概要や提供いたしますサービス内容と契約上ご注意いただきたいことをご説明いたします。

**社会福祉法人 追分あけぼの会**

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑のサービス提供開始にあたり厚生省令第40号第5条に基づいて説明する事項は次のとおりです。また、当施設では介護保険の基本理念の実現を目指して、介護サービス情報を公表しています。

#### 1. 施設経営法人

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| (1)法人名   | 社会福祉法人追分あけぼの会         |
| (2)法人所在地 | 北海道勇払郡安平町追分青葉1丁目102番地 |
| (3)電話番号  | 0145-25-2233          |
| (4)代表者氏名 | 理事長 佐藤 嘉晃             |
| (5)設立年月  | 平成4年1月4日              |

#### 2. 入所施設

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| (1)施設の種類  | 介護老人福祉施設                       |
| (2)施設の名称  | 特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑（指定0170513832号） |
| (3)施設の所在地 | 北海道札幌市豊平区福住3条9丁目4番32号          |
| (4)電話番号   | 011-858-1155                   |
| (5)施設長    | 伊藤 耕治                          |
| (6)開設年月   | 令和元年9月1日                       |
| (7)入所定員   | 80人（ユニット型個室：1ユニット10名×8ユニット）    |
| (8)営業日    | 年中無休                           |
| (9)受付時間   | 毎日 9:00～17:45                  |

#### 3. 併設されている事業

| 事業の種類             | 事業者指定    |            | 利用定数             |
|-------------------|----------|------------|------------------|
|                   | 指定年月日    | 指定番号       |                  |
| 羊ヶ丘陽光苑短期入所生活介護事業所 | 令和元年9月1日 | 0170513832 | 20名(1日)<br>空床利用型 |
| 羊ヶ丘陽光苑居宅介護支援事業所   | 令和元年9月1日 | 0170513832 |                  |

#### 4. 事業の目的と運営方針

|         |                                                                                                                                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的   | 指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（入所者）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に必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるため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。 |
| 施設運営の方針 | 当施設は入所者にとって生活の場であります。開放された自由な雰囲気の中で、一人一人が助け合い、協力し合い、心くばり気くばりをもった                                                                                                                                            |

|  |                                                                                                                                                                       |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 日々の暮らしに「喜び」や「愛」を見出し、入所者の心に「うるおい」や「やすらぎ」を与えることを「しあわせ」とし「よろこび」とすることに精進してまいります。明るい環境の中で、入所者が安心して生活できる「生きがいのある生活の場」をめざして、職員は常に資質の向上に努め、協力的、積極的、自立的で柔軟性をもった施設運営を推進してまいります。 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5. 施設の概要

|   |       |                              |
|---|-------|------------------------------|
| 敷 | 地     | 3, 4 3 3, 7 5 m <sup>2</sup> |
| 建 | 構     | 造 鉄筋コンクリート造 3階建て             |
|   | 延べ床面積 | 3, 7 8 4, 1 3 m <sup>2</sup> |
|   | 利用定員  | 8 0 人 (床)                    |

## 6. 居室

| 居室の種類 | 室 数   | 備 考     |
|-------|-------|---------|
| 1 人部屋 | 8 0 室 | ユニット型個室 |

※入所者（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。（事前に連絡致します）

## 7. 主な設備

| 設備の種類   | 数   | 設備の種類   | 数 |
|---------|-----|---------|---|
| 共同生活室   | 8   | 医務室     | 1 |
| 車いす用トイレ | 3 2 | 洗濯室     | 1 |
| 一般浴室    | 8   | 会議室・相談室 | 4 |
| 機械浴槽    | 2   | 事務室     | 1 |

※トイレは、各ユニットに4箇所ご用意しております。また、必要に応じて居室内でのポータブルトイレのご使用も可能です。洗面台は各居室に設置しております。

## 8. 職員の配置状況及び勤務体制

| 従業者の職種  | 員数      | 指定基準  | 勤務体制                                                                                                 |
|---------|---------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 施設長     | 1 名     | 1 名   | 9:00～17:45                                                                                           |
| 医師      | 1 名以上   | 1 名   | 水曜日 14 : 00～16 : 00                                                                                  |
| 生活相談員   | 1 名以上   | 1 名   | 9:00～17:45                                                                                           |
| 看護職員    | 3 名以上   | 3 名   | 9:00～17:45                                                                                           |
| 介護職員    | 2 7 名以上 | 2 7 名 | ① 7:00～15:45 ②10:00～18:45<br>③13:15～22:00 ④21 : 45～7:30<br>※上記はあくまでも参考時間であり、各ユニットで日中の勤務体制(時間)は異なります。 |
| 管理栄養士   | 1 名以上   | 1 名   | 9:00～17:45                                                                                           |
| 機能訓練指導員 | 1 名以上   | 1 名   | 9:00～17:45                                                                                           |
| 介護支援専門員 | 1 名以上   | 1 名   | 9:00～17:45                                                                                           |

## 9. 介護保険給付サービスの概要

| 種 類          | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1)食 事       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養士のつくる献立表に基づいて、入所者の身体の状態や嗜好について、きめ細かな対応に心がけて食事を提供します。</li> <li>・入所者の自立支援のため離床して食堂で食べていただくこととしています。</li> <li>・朝食 7：30 昼食 12：00 夕食 18：00</li> <li>・選択食 月1回</li> <li>・各種行事に因んだ献立と家族へのふるまい。</li> <li>・給食会議の開催</li> <li>・おやつ 毎日</li> </ul> |
| (2)入 浴       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴又は清拭を週2回行います。</li> <li>・身体状況により機械浴槽を使用して入浴することができます。</li> <li>・安全で心身ともにくつろげる健康的な入浴の提供に努めています。</li> </ul>                                                                                                                             |
| (3)排 泄       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入所者の身体状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立について適切な援助を行います。</li> <li>・可能な限り「オムツはずし」を行い、自立支援に努めていきます。</li> </ul>                                                                                                                                     |
| (4)機 能 訓 練   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員主導のもと多職種が連携し、入所者の心身の状態に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその低下を防止する為、機能訓練を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                  |
| (5)健 康 管 理   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師及び看護職員が健康管理を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |
| (6)離 床       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝たきり防止や褥瘡の発生を考慮し出来る限り離床に配慮します。</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |
| (7)着 替 え     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活リズムを考え、朝夕や季節毎の着替えを行うよう配慮しています。</li> </ul>                                                                                                                                                                                            |
| (8)整 容       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                                                                                                             |
| (9)シ ー ツ 交 換 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的に交換を行い居住環境の衛生に配慮しています。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| (10)清 掃      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室の清掃を定期的に行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |
| (11)消 毒      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・寝具の乾燥及び消毒は定期又は随時行います。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |

## 10. 協力医療機関

|                 |                                |                        |              |
|-----------------|--------------------------------|------------------------|--------------|
| 医療法人讃生会<br>北野病院 | 内科・消化器内科循環器内科・脳神経外科・リハビリテーション科 | 札幌市清田区北野1条1丁目<br>6-30  | 011-883-0121 |
| 小野幌歯科           | 歯科                             | 札幌市厚別区厚別東4条4丁目<br>5-16 | 011-809-5002 |

## 11. 年間行事

| 実 施 月 | 内 容       |
|-------|-----------|
| 5 月   | お花見       |
| 7 月   | 夏祭り       |
| 9 月   | 敬老会       |
| 10 月  | 紅葉見学      |
| 12 月  | クリスマス会    |
| 1 月   | 新年会（もちつき） |

上記以外に、各ユニットで四季折々の行事や誕生日会を開催します。

## 12. 介護給付以外のサービス

| サービスの種類   | 内 容                                                                                                                                                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 理 容 ・ 美 容 | ・ 出張サービスにより実施しています。                                                                                                                                                                      |
| 金 銭 管 理   | ・ ご希望される方は施設での日常生活に必要な金銭については入所時に預り金として事務所で預かり、「個別預り金出納帳」により責任をもって管理いたします。<br>・ 施設では立替はいたしませんので、入所時に職員と金銭については協議して下さい。<br>・ この預り金は入所者が退所する時に返還いたします。<br>・ 利用される方は管理料として1日50円ご負担していただきます。 |
| 出張訪問販売    | ・ 出張サービスにより実施しています。                                                                                                                                                                      |
| 相談及び援助    | ・ 当施設は入所者及びご家族からのご相談には誠意をもって、可能な限り対応いたします。                                                                                                                                               |
| 広報誌の発行    | ・ 広報誌を年4回ご家族の皆様に入所者の近況や施設の行事等についてお知らせいたします。                                                                                                                                              |

## 13. 利用料等について

- ・ 施設サービスによる利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬の告示上の額として、入所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1割から3割負担）を支払っていただきます（別表2）。
- ・ 当施設が実施する加算サービスは別表3のとおりであり、記載された負担額をお支払いいただきます（個人別に対象となる加算の場合は、提供していない加算、該当しない加算はいただきません）。
- ・ 施設利用料（介護保険給付対象外サービス）は、別表1に定める内容で、入所者の方々が利用した場合は施設にお支払い下さい。
- ・ 施設サービスによる利用料及び施設利用料のお支払いは当施設が毎月発行する請求書を確認の上お支払い下さい。
- ・ 施設利用料については入所時に利用の有無について同意書に書名、捺印をいただきます。

## 14. 介護サービス費・居住費・食費について

- ・ 居住費及び食費は全額自己負担となります。
- ・ 食費の基準は厚生労働大臣が定める費用の額を基準費用とします。
- ・ 負担の限度額は厚生労働大臣が定める額を限度額とします。
- ・ 各市区町村が交付する「介護保険負担割合証」により介護サービス費をお支払いいただきます。
- ・ 各市区町村が交付する「介護保険負担限度額減額認定証」により居住費及び食費をお支払いいただきます。
- ・ 居住費及び食費の自己負担額は別表2に定める内容といたします。
- ・ 居住費及び食費のお支払いは、当施設が毎月発行する請求書を確認の上お支払い下さい。
- ・ 入所時に説明し誤解がないよう、同意書に署名・捺印をいただきますのでご協力下さい。

## 15. 利用料金の支払い方法について

利用料金は1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月25日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。(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。)

1. 指定口座への振込み お振込先 ① 北陸銀行 豊平支店  
普通 6051601  
社会福祉法人追分あけぼの会 理事長 佐藤 嘉晃
2. 口座引き落とし サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に指定する口座より引き落とします。※別途、口座振替申込が必要になります。
3. 施設窓口での現金支払い 平日9:00～17:45

## 16. 非常災害時の対応

|         |                                                                            |        |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|--------|
| 非常時の対応  | 追分あけぼの会 消防計画に基づいた対応をいたします。<br>(緊急連絡網、自衛消防体制の作成)                            |        |
| 平常時の訓練等 | 消防計画に沿って年2回以上夜間及び昼間の災害を想定して避難訓練を実施しています。また、年1回消火訓練を行い消火機器の使用方法的の習得に努めています。 |        |
| 防災設備    | 設備名称                                                                       | 設備名称   |
|         | スプリンクラー                                                                    | 誘導灯    |
|         | 自動火災報知機                                                                    | 消火器    |
|         | 非常通報装置                                                                     | 非常用出入口 |
|         | カーテン等は防火性のあるものを使用しています。                                                    |        |
| 防火管理者   | 1名                                                                         |        |

## 17. 緊急時(事故発生時)の対応

- ・急変時及び事故が発生した場合、入所者に対して可能な限りの緊急処置を行い最善の処置を施していきます。
- ・緊急を要する状況の時には、速やかに管理責任者である施設長に報告すると共に、主治医、又は協力医療機関と連携し、主治医又は担当医師の指示を仰ぎます。救急車等で搬送する際には、職員が必ず添乗し対応します。
- ・医療機関への搬送前又は処置が一段落すれば、入所者やご家族等に誠意を持って説明します。
- ・事故の程度、状況に応じて関係機関へ報告します。

## 18. 身体拘束について

- ・当施設では、原則として入所者に対して身体拘束を行いません。但し、自傷他害等の恐れがある場合など、入所者又は他者の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時には、入所者又は家族に説明し同意を得た上で、次に掲げる事項に留意し、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。
  - 緊急性 - 直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合
  - 非代替性 - 身体拘束以外に、入所者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合
  - 一時性 - 入所者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解くものとします
- ・当施設で作成した『身体拘束に関するマニュアル』を遵守すると共に、身体拘束廃止委員会を定期的かつ必要性に応じて開催し、身体拘束の廃止に取り組みます。

## 19. 個人情報の取扱い

- ・個人情報の保護に関しては、個人情報を適切に管理することを社会的責任と考えます。この考えを基に「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、追分あけぼの会個人情報に関する各規則を作成して入所者の方々の権利、利益を保護することに努めます。入所時には個人情報の取扱いについて同意書に署名・捺印をいただきますのでご協力下さい。又、従業者には業務上知り得た入所者又はそのご家族等の秘密を漏らしてはならないことを徹底しております。

## 20. 契約書・同意書・重要事項説明書について（入所時）

- ・入所時に職員から入所時に関する説明を受けた後、施設と入所者（契約者）の方と双方で誤解が生じないよう契約書を取り交します。
- ・個人情報の取扱い、施設利用料金、居住費、食費については、同意書をいただきます。重要事項説明書について、職員の説明後、確認した旨の署名・捺印をいただきます。

## 21. 退所について（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。したがって、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、入所者（契約者）に退所していただくことになります。

- ・要介護認定により入所者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- ・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ホームを閉鎖した場合
- ・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
- ・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
- ・入所者（契約者）から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ・事業者から退所の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

### ○ご契約者からの退所の申し出

契約の有効期間であっても、入所者（契約者）は当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出ください。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ・介護保険給付対象外のサービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ・施設の運営規程の変更に同意できない場合
- ・入所者（契約者）が入院された場合
- ・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介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ・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
- ・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
- ・他の入所者（契約者）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

### ○事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- ・入所者（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
- ・入所者（契約者）による、サービス利用料金の支払いが6ヶ月遅延し、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
- ・入所者（契約者）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入所者等の生命・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

- ・入所者（契約者）が、連続して3ヶ月以上医療機関に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
- ・入所者（契約者）が、介護老人保健施設に入所した場合もしくは介護療養型医療施設に入院した場合

《契約者が病院などに入院された場合の対応について》

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

**【検査入院等、短期入院の場合】**

1ヶ月につき入退院の日を除いた6日以内（連続して7泊、複数月にまたがる場合は最大で13泊）入院した場合は、退院後再び入所することができます。但し、入院期間中であっても、外泊時費用として所定の利用料金（1日あたり2,460円）をご負担いただきます。また、居住費についても、負担限度額分のご負担をいただきます。

**【上記期間を超える入院の場合】**

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合は、退院後再び入所することができます。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、退院時に受入準備が整っていないときには、併設されている短期入所生活介護（ショートステイ）の居室をご利用いただく場合があります。

**【3ヶ月を超える入院の場合】**

3ヶ月以内の退院が見込まれない場合、もしくは入院した場合には契約を解除させていただきます。但し、契約を解除した場合であっても、入所者（契約者）の希望を勘案し、退院されることが明らかになった場合、再び入所できるよう努めます。

## 22. 退所時の支援

入所者（契約者）の方が退所する場合には、ご希望により心身の状況、環境等を勘案し、円滑に退所できるよう速やかに支援いたします。ご気軽に申し出下さい。

- ・適切な病院もしくは診療所、又は介護老人保健施設等への紹介
- ・居宅介護支援事業者への紹介
- ・その他、保健医療サービス又は福祉サービス提供者への紹介

## 23. 苦情・相談の受付について

- ・当施設の苦情やご相談は下記の者が責任をもってお受けします。

受付窓口                      生活相談員                      佐藤 広美

                                        介護支援専門員                  山田 尚弘

受付時間                      毎日 9時00分 ～ 17時45分（ご意見箱を事務カウンターに設置）

苦情解決責任者              施設長                              伊藤 耕治

- ・苦情解決第三者委員

内野 源 王      札幌市豊平区                      電 話:011-855-5527

田嶋 美 恵      札幌市豊平区                      電 話:011-851-5560

- ・行政機関その他苦情受付機関

札幌市豊平区役所                      所在地:札幌市豊平区平岸6条10丁目1-1

（土日祝日除き8:45～17:45受付）      電 話:011-822-2400      FAX: 011-813-3603

北海道国民健康保険団体連合会                      所在地:札幌市中央区南2条西14丁目

総務部介護保険課企画・苦情係                      電 話:011-231-5161      FAX:011-233-2178

（土日祝日除き9:00～17:00受付）

- ・苦情受付とその対応についての概要は別紙のとおりです。

#### 24. 入所者（契約者）の退所時における所持品の引取について

- ・当施設を退所される場合、入所者（契約者）が所持品を引き取れない場合に備えて、入所時に代理人がお荷物の引き取り人と定めさせていただきます。
- ・引き取りにかかる費用は入所者（契約者）又は代理人及び連帯保証人にご請求いたします。

#### 25. 施設の利用にあたっての留意事項

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来 訪 ・ 面 会         | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 来訪・面会の場合は必ず面会簿に記入して下さい。</li><li>・ 面会時間は9：00～17：45までです。</li></ul>                                                                                                                                                                                                            |
| 消 灯 時 間           | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 21：00</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 外 出 ・ 外 泊         | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 事前に所定の用紙に記入して職員にお渡し下さい。</li><li>・ 終日食事が不要な日は1日単位で食事代はかかりません。</li><li>・ 1日の内1食でも食べた日は1日分いただきます。</li><li>・ 外出、外泊される場合は、事前にお申し出ください。</li><li>・ 外泊については、1ヶ月につき連続して7泊以内とさせていただきます。なお、外泊期間中、1日につき246円（介護保険から給付される費用の一部）をご負担いただきます。また、居住費としても介護保険負担限度額分について、ご負担していただきます。</li></ul> |
| 飲 酒 ・ 喫 煙         | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 飲酒は原則として禁止しています。</li><li>・ 喫煙は原則施設内、禁煙です。防火に努めていただきます。</li></ul>                                                                                                                                                                                                            |
| 設 備 ・ 備 品 の 使 用   | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 従業者に確認し、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ください。</li><li>・ 破損した場合は速やかに従業者に連絡して下さい。故意に又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、入所者（契約者）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く場合があります。</li></ul>                                                                                     |
| 所持品備品等の持ち込み       | 入所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。 <ul style="list-style-type: none"><li>・ ペット類</li><li>・ 居室の広さに制限がありますので居室の快適性、安全性を欠くような家具、備品、危険物類など事前に従業員に確認し、管理は各個人でお願いします。</li></ul>                                                                                                                                                |
| 金 銭 ・ 貴 重 品 の 管 理 | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 原則事務所で預かりいたします。但し多額な現金、高額な物品はお断りします。</li><li>・ 金銭を自己管理される方には、管理方法をご相談させていただきます。</li></ul>                                                                                                                                                                                   |
| そ の 他             | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 他の入所者や当施設の職員に対し、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。</li></ul>                                                                                                                                                                                                               |

上記の契約書及び重要事項の説明を証するため、本書2通を作成し、契約者、施設が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑におけるサービスの提供開始に際し、職員（ ）  
が本書面に基づき契約書及び重要事項説明書の説明をいたしました。

令和      年      月      日

【事業所】

住 所 札幌市豊平区福住3条9丁目4番32号  
事業者名 社会福祉法人追分あけぼの会  
特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑

代表者名 理事長 佐藤 嘉晃 印

私は、本書面に基づいて事業者から契約書・重要事項説明書の説明を受け、指定介護老人福祉施設羊ヶ丘陽光苑のサービスの提供を受けることに同意しました。

【入居者（ご本人）】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【契約者（ご家族・代理人）】

私は本契約と重要事故説明書において契約者及び署名代行者となり、また、本人の代理人又は家族の代表として、入居者本人とご一緒に相談いたします。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

入居者との続柄 （                      ）

【連帯保証人】

私は羊ヶ丘陽光苑に対し入所者（利用者本人）が負担する一切の債務を、極限度 1,000,000 円（2割負担の方 1,250,000 円、3割負担の方 1,500,000 円）の範囲内で連帯して保証する事をお約束いたします。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

別表 1

施設利用料等一覧（介護保険給付対象外サービス）

| 項 目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 単位等 | 金額等            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|
| <b><u>貴重品管理サービス</u></b><br>ご契約者の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。<br>詳細は下記のとおりとなっています。<br>◇管理する金銭の形態：現金<br>◇お預かりするもの：印鑑<br>◇保管管理責任者：施設長<br>◇出納方法：手続き概要は下記のとおりです。<br>・預金の預け入れ及び払い出しが必要な場合、入所者預かり金入出金伺い書を保管管理者へ提出していただきます。<br>・保管管理者は上記届出の内容に従い、預金の預け入れ及び払い出しを行います。預かり金に入出金があった場合には、その都度、入所者預かり金出納帳に記載し、定期的（1ヶ月毎）にご契約者にお知らせします。 | 1 日 | 5 0 円          |
| <b><u>特別な食事の提供に要する費用</u></b><br>ご契約者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 回 | 実費             |
| <b><u>テレビ・冷蔵庫の電気代</u></b><br>個人でお持ちになられて居室において使用された場合の電気代をご負担していただきます。<br>・テレビ<br>・冷蔵庫                                                                                                                                                                                                                                 | 1 日 | 2 0 円<br>3 0 円 |
| <b><u>居室の明け渡しに係る費用</u></b><br>入所者（契約者）が、契約終了後も居室を明け渡さない場合などに、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居室料金をご負担していただきます。<br>・ユニット型個室                                                                                                                                                                                              | 1 日 | 2, 0 6 6 円     |

別表 2－1

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 利用料金表 介護保険負担割合が1割の方（介護度別、負担限度額別）

|         |      | ①介護サービス費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り | ②居住費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り |                 |                   |                   |                   | ③食費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り |                 |                 |                   |                   | 合計 1ヶ月当り(①+②+③) |             |              |              |             |
|---------|------|----------------------------|------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------|--------------|--------------|-------------|
|         |      | 1ヶ月(30日)当り<br>自己負担金(円)     | 第1段階<br>(円)            | 第2段階<br>(円)     | 第3段階①<br>(円)      | 第3段階②<br>(円)      | 第4段階<br>(円)       | 第1段階<br>(円)           | 第2段階<br>(円)     | 第3段階①<br>(円)    | 第3段階②<br>(円)      | 第4段階<br>(円)       | 第1段階<br>(円)     | 第2段階<br>(円) | 第3段階①<br>(円) | 第3段階②<br>(円) | 第4段階<br>(円) |
| ユニット型個室 | 要介護3 | 31,511<br>(1,050)          | 26,400<br>(880)        | 26,400<br>(880) | 41,100<br>(1,370) | 41,100<br>(1,370) | 61,980<br>(2,066) | 9,000<br>(300)        | 11,700<br>(390) | 19,500<br>(650) | 40,800<br>(1,360) | 43,350<br>(1,445) | 66,911          | 69,611      | 92,111       | 113,411      | 136,841     |
|         | 要介護4 | 33,974<br>(1,132)          |                        |                 |                   |                   |                   |                       |                 |                 |                   |                   | 69,374          | 72,074      | 94,574       | 115,874      | 139,304     |
|         | 要介護5 | 36,366<br>(1,212)          |                        |                 |                   |                   |                   |                       |                 |                 |                   |                   | 71,766          | 74,466      | 96,966       | 118,266      | 141,696     |

【介護保険給付対象加算】

- 介護サービス費には、日常生活継続支援加算(Ⅱ)1日あたり46円、個別機能訓練加算(Ⅰ)1日あたり12円、個別機能訓練加算(Ⅱ)1月あたり21円、夜勤職員配置加算(Ⅱ)1日あたり18円、看護体制加算(Ⅰ)1日あたり4円、看護体制加算(Ⅱ)1日あたり8円、科学的介護推進体制加算(Ⅱ)1月あたり51円、協力医療機関連携加算(Ⅰ)1月あたり102円が加算されています。
- ①介護サービス費は、1以外の加算を算定した場合は変わります。
- 各種加算を含んだ介護サービス費の自己負担合計額に別途14.0%相当の介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)が加算されています。
- 端数処理により合計額が異なる場合があります。
- 要介護認定区分、介護保険負担割合、介護保険負担限度額認定等に変更があった場合には利用料金が変わります。
- おむつ代は介護保険給付対象となっておりますので自己負担の必要はありません。

【介護保険給付対象外】

- 入院、外泊をし居室を確保している場合は、介護保険負担限度額で定められている居住費をご負担していただきます。
- 特別な食事・・・要した費用の実費
- 貴重品管理サービス・・・1日あたり50円
- テレビ・冷蔵庫等の電気代・・・テレビ1日20円、冷蔵庫1日30円、その他持ち込み家電要相談
- 医療費・・・実費
- 理美容代・・・実費

## 別表２－２

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 利用料金表 介護保険負担割合が２割の方（介護度別、負担限度額別）

|             |      | ①介護サービス費<br>1ヶ月当り（ ）内は1日当り | ②居住費<br>1ヶ月当り（ ）内は1日当り | ③食費<br>1ヶ月当り（ ）内は1日当り | 合計 1ヶ月当り(①+②+③) |
|-------------|------|----------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
|             |      | 1ヶ月(30日)当り<br>自己負担金(円)     | 第4段階<br>(円)            | 第4段階<br>(円)           | 第4段階<br>(円)     |
| ユニット<br>型個室 | 要介護3 | 63,022<br>(2,100)          | 61,980<br>(2,066)      | 43,350<br>(1,445)     | 168,352         |
|             | 要介護4 | 67,948<br>(2,265)          |                        |                       | 173,278         |
|             | 要介護5 | 72,732<br>(2,424)          |                        |                       | 178,062         |

### 【介護保険給付対象加算】

1. 介護サービス費には、日常生活継続支援加算(Ⅱ)1日あたり46円、個別機能訓練加算(Ⅰ)1日あたり12円、個別機能訓練加算(Ⅱ)1月あたり21円、夜勤職員配置加算(Ⅱ)1日あたり18円、看護体制加算(Ⅰ)1日あたり4円、看護体制加算(Ⅱ)1日あたり8円、科学的介護推進体制加算(Ⅱ)1月あたり51円、協力医療機関連携加算(Ⅰ)1月あたり102円が加算されています。
2. ①介護サービス費は、1以外の加算を算定した場合は変わります。
3. 各種加算を含んだ介護サービス費の自己負担合計額に別途14.0%相当の介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)が加算されています。
4. 端数処理により合計額が異なる場合があります。
5. 要介護認定区分、介護保険負担割合、介護保険負担限度額認定等に変更があった場合には利用料金が変わります。
6. おむつ代は介護保険給付対象となっておりますので自己負担の必要はありません。

### 【介護保険給付対象外】

1. 入院、外泊をし居室を確保している場合は、介護保険負担限度額で定められている居住費をご負担していただきます。
2. 特別な食事・・・要した費用の実費
3. 貴重品管理サービス・・・1日あたり50円
4. テレビ・冷蔵庫等の電気代・・・テレビ1日20円、冷蔵庫1日30円、その他持ち込み家電要相談
5. 医療費・・・実費
6. 理美容代・・・実費

別表 2－3

特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑 利用料金表 介護保険負担割合が3割の方（介護度別、負担限度額別）

|         |      | ①介護サービス費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り | ②居住費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り | ③食費<br>1ヶ月当り( )内は1日当り | 合計 1ヶ月当り(①+②+③) |
|---------|------|----------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
|         |      | 1ヶ月(30日)当り<br>自己負担金(円)     | 第4段階<br>(円)            | 第4段階<br>(円)           | 第4段階<br>(円)     |
| ユニット型個室 | 要介護3 | 94,533<br>(3,151)          | 61,980<br>(2,066)      | 43,350<br>(1,445)     | 199,863         |
|         | 要介護4 | 101,922<br>(3,397)         |                        |                       | 207,252         |
|         | 要介護5 | 109,097<br>(3,636)         |                        |                       | 214,427         |

【介護保険給付対象加算】

1. 介護サービス費には、日常生活継続支援加算(Ⅱ)1日あたり46円、個別機能訓練加算(Ⅰ)1日あたり12円、個別機能訓練加算(Ⅱ)1月あたり21円、夜勤職員配置加算(Ⅱ)1日あたり18円、看護体制加算(Ⅰ)1日あたり4円、看護体制加算(Ⅱ)1日あたり8円、科学的介護推進体制加算(Ⅱ)1月あたり51円、協力医療機関連携加算(Ⅰ)1月あたり102円が加算されています。
2. ①介護サービス費は、1以外の加算を算定した場合は変わります。
3. 各種加算を含んだ介護サービス費の自己負担合計額に別途14.0%相当の介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)が加算されています。
4. 端数処理により合計額が異なる場合があります。
5. 要介護認定区分、介護保険負担割合、介護保険負担限度額認定等に変更があった場合には利用料金が変わります。
6. おむつ代は介護保険給付対象となっておりますので自己負担の必要はありません。

【介護保険給付対象外】

1. 入院、外泊をし居室を確保している場合は、介護保険負担限度額で定められている居住費をご負担していただきます。
2. 特別な食事・・・要した費用の実費
3. 貴重品管理サービス・・・1日あたり50円
4. テレビ・冷蔵庫等の電気代・・・テレビ1日20円、冷蔵庫1日30円、その他持ち込み家電要相談
5. 医療費・・・実費
6. 理美容代・・・実費

別表 3

介護保険給付対象加算等料金（当施設提供分）

| 項 目          | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 負担額（1 割）  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 負担額（2 割）  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 負担額（3 割）  |
| 科学的介護推進体制加算  | 入所者ごとの心身の状態等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出すると共に、サービスの提供に当たり適切かつ有効に必要な情報を活用している場合に算定                                                                                                                                                                                                              | 50 円 / 月  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 100 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 150 円 / 月 |
| 口腔衛生管理加算（Ⅱ）  | ①入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うとともに歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が施設の介護職員に対して、入所者の口腔ケアに係る技術的助言及び指導等を実施した場合、口腔衛生等の管理を月 2 回以上行った場合<br>②必要な情報を厚生労働省に提出している場合に算定                                                                                                                                       | 110 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 220 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 330 円 / 月 |
| 栄養マネジメント強化加算 | ①管理栄養士を常勤換算方式で入所者の数に 50（施設に常勤栄養士を 1 人以上配置し給食管理をしている場合は 70）で除して得た数以上配置すること<br>②低栄養状態のリスクが高い入所者に対して、栄養ケア計画に従い食事の観察を週 3 回以上行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整を実施<br>③低栄養状態のリスクが低い入所者に対しても、食事の際に変化を把握し問題がある場合には早期に対応すること<br>④入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出すると共に、栄養管理の実施に適切かつ有効に必要な情報を活用している場合に算定            | 11 円 / 日  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 22 円 / 日  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 33 円 / 日  |
| ADL 維持等加算（Ⅰ） | ①入所者の総数が 10 名以上<br>②入所者全員について、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<br>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 値を控除して得た値に、初月の ADL 値や要介護認定等に応じて一定の値を加えた ADL 利得の上位及び下位それぞれ 1 割の者を除く評価対象利用者の ADL 利得を平均して得た値が 1 以上であること | 30 円 / 月  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 60 円 / 月  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 90 円 / 月  |
| ADL 維持等加算（Ⅱ） | ①ADL維持等加算Ⅰの要件を満たすこと<br>②評価対象入所者のADL利得を平均して得た値（ADL維持等加算Ⅰの③と同様に算出した値）が2以上であること                                                                                                                                                                                                         | 60 円 / 月  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 120 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 180 円 / 月 |
| 自立支援促進加算     | ①医師が入所者ごとに、自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも6月に1回、医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等に参加していること<br>②自立支援のために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ていること<br>③3か月に1回支援計画の見直しを行っていること<br>④医学的評価の結果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為に必要な情報を活用していること              | 300 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 600 円 / 月 |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 900 円 / 月 |

| 項 目           | 内 容                                                                                                                                                                          | 負担額（1割）                 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|               |                                                                                                                                                                              | 負担額（2割）                 |
|               |                                                                                                                                                                              | 負担額（3割）                 |
| 安全対策体制加算      | 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                                                                                                                   | 20 円 / 入所時              |
|               |                                                                                                                                                                              | 40 円 / 入所時              |
|               |                                                                                                                                                                              | 60 円 / 入所時              |
| 配置医師緊急時対応加算   | 配置医師が施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合に算定。<br>（早朝とは午前6時から午前8時まで）<br>（夜間とは午後6時から午後10時まで）<br>（深夜とは午後10時から午前6時まで）                                                           | （早朝・夜間）<br>650 円 / 1 回  |
|               |                                                                                                                                                                              | （深夜）<br>1300 円 / 1 回    |
|               |                                                                                                                                                                              | （早朝・夜間）<br>1300 円 / 1 回 |
|               |                                                                                                                                                                              | （深夜）<br>2600 円 / 1 回    |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 褥瘡の発生のリスクについて、施設入所時に評価するとともに、3月に1回、評価を行い、その評価結果を厚生労働省に提出すること。褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対し、関連職種が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、褥瘡ケア計画に基づき入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと | （早朝・夜間）<br>1950 円 / 1 回 |
|               |                                                                                                                                                                              | （深夜）<br>3900 円 / 1 回    |
|               |                                                                                                                                                                              | 3 円 / 月                 |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | ①褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件を満たすこと。<br>②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                                                                                                 | 6 円 / 月                 |
|               |                                                                                                                                                                              | 9 円 / 月                 |
|               |                                                                                                                                                                              | 13 円 / 月                |
| 排せつ支援加算（Ⅰ）    | ①排せつに介護を要する入所者ごとに、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6月に1回、評価を行い、その評価結果等を厚生労働省に提出し、排せつ支援に当たって当該情報等を活用していること<br>②関係職種が共同して排せつに関する支援計画を作成し3月に1回は見直しを行っていること | 26 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 39 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 10 円 / 月                |
| 排せつ支援加算（Ⅱ）    | 排せつ支援加算（Ⅰ）要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、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、または、おむつ使用ありから使用なしに改善していること                                                 | 20 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 30 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 15 円 / 月                |
| 排せつ支援加算（Ⅲ）    | 排せつ支援加算（Ⅰ）要件に加えて、施設入所時等の評価の結果、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                                                  | 45 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 20 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 40 円 / 月                |
|               |                                                                                                                                                                              | 60 円 / 月                |

| 項 目              | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 負担額（1 割） |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 負担額（2 割） |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 負担額（3 割） |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅰ）  | ①機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、個別機能訓練計画に基づき、計画的に行った機能訓練について算定<br>②個別機能訓練加算に係る機能訓練は専ら機能訓練指導員の職務に従事する者を1名以上配置すること<br>③多職種が共同して、利用者ごとに目標、実施方法等を内容とする個別機能訓練計画を作成し効果、実施方法について評価を行う<br>④個別機能訓練を行う場合は、開始時及びその3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練の内容を説明し、記録する<br>⑤個別機能訓練に関する記録を利用者ごとに保管され閲覧が可能であるようにすること | 12 円 / 日 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 24 円 / 日 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 36 円 / 日 |
| 個別機能訓練加算<br>（Ⅱ）  | 個別機能訓練加算Ⅰの要件に加えて、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出すること                                                                                                                                                                                                                                              | 20 円 / 月 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 40 円 / 月 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 60 円 / 月 |
| 夜勤職員配置加算<br>（Ⅱ）ロ | ①ユニット型を算定<br>②定員51人以上であること<br>③夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が最低基準1以上上回っている場合<br>④見守り機器を入所者の数の10/100以上設置。見守り機器を安全かつ有効に活用するための委員会を設置し必要な検討を行っている場合は6/10以上上回って配置した場合に算定<br>⑤夜勤職員全員がインカム等のICTを使用していること、安全体制を確保していること                                                                                       | 18 円 / 日 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 36 円 / 日 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 54 円 / 日 |
| 看護体制加算<br>（Ⅰ）ロ   | ①常勤の看護師を1名以上配置<br>②入所定員が51人以上であること                                                                                                                                                                                                                                                         | 4 円 / 日  |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 8 円 / 日  |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12 円 / 日 |
| 看護体制加算<br>（Ⅱ）ロ   | ①看護職員の数が入所者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、介護老人福祉施設に置くべき看護職員の数に1を加えた数であること<br>②入所定員が51人以上であること<br>③病院等へ24時間連絡できる体制を確保していること                                                                                                                                                                        | 8 円 / 日  |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 16 円 / 日 |
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 24 円 / 日 |

| 項 目                | 内 容                                                                                                                                                                                                                           | 負担額（1 割）                          |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 負担額（2 割）                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 負担額（3 割）                          |
| 日常生活継続支援<br>加算（Ⅱ）  | ①新規入所者のうち、要介護 4～5 の入所者の割合が 70%<br>以上であること<br>②新規入所者のうち認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合<br>が 65%以上であること<br>③特定の医療行為を必要とする入所者の割合が 15%以上<br>であること<br>上記、①～③いずれかの要件を満たし、介護福祉士が入<br>所者に対して 6：1 以上配置しており、ユニット型介護福<br>祉施設サービス費を算定していること              | 46 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 92 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 138 円 / 日                         |
| サービス提供体制<br>加算（Ⅱ）  | 指定介護老人福祉施設の介護職員の総数のうち、介護福<br>祉士の占める割合が 60%以上の場合に算定                                                                                                                                                                            | 18 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 36 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 54 円 / 日                          |
| 介護職員等処遇改<br>善加算（Ⅰ） | 介護職員の賃金の改善を目的とし、加算算定額を基に賃<br>金改善に関する計画を策定し、加算算定額に相当する賃<br>金改善を実施する場合に算定                                                                                                                                                       | 介護サービス費の自<br>己 負 担 額 の<br>14.0%相当 |
| 協力医療機関連携<br>加算（Ⅰ）  | 協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するた<br>め、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に<br>開催する場合に算定                                                                                                                                                            | 102 円 / 月                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 203 円 / 月                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 305 円 / 月                         |
| 初期加算               | 入所後 30 日間と 30 日以上入院から再入所時に算定                                                                                                                                                                                                  | 30 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 60 円 / 日                          |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 90 円 / 日                          |
| 外泊時費用              | 入院及び外泊の場合 1 ヶ月に 6 日を限度として算定<br>月をまたぐ場合は最大 12 日算定                                                                                                                                                                              | 246 円 / 日                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 492 円 / 日                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 738 円 / 日                         |
| 療養食加算              | 1 日 3 回を限度として入所者の疾病に合わせ医師の食事箋<br>に基づき療養食を提供した場合に算定                                                                                                                                                                            | 6 円 / 1 食                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 12 円 / 1 食                        |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 18 円 / 1 食                        |
| 若年性認知症入所<br>者受入加算  | 若年性認知症の入所者の方に対し、担当の介護職員を定<br>め、担当者を中心にサービス提供した場合に算定                                                                                                                                                                           | 120 円 / 日                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 240 円 / 日                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 360 円 / 日                         |
| 生活機能向上連携<br>加算（Ⅱ）  | 外部のリハビリテーション専門職等が特養に訪問し、特<br>養等の機能訓練指導員等と共同して、計画の作成・訓練<br>内容等の見直しを行った場合に算定                                                                                                                                                    | 100 円 / 月                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 200 円 / 月                         |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 300 円 / 月                         |
| 再入所時栄養連携<br>加算     | 指定介護老人福祉施設に入所している者（一次入所とい<br>う）が退所し、当該者が病院又は診療所に入院した場合<br>であって、当該者が退院した後に再度当該指定介護老人<br>福祉施設に入所する際（二次入所という）、必要な栄養管<br>理が一次入所の際に必要としていた栄養管理とは大きく<br>異なるため、当該指定介護老人福祉施設の管理栄養士が<br>当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関す<br>る栄養ケア計画を策定した場合に算定 | 200 円 / 1 回限度                     |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 400 円 / 1 回限度                     |
|                    |                                                                                                                                                                                                                               | 600 円 / 1 回限度                     |

| 項 目                  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                         | 負担額（1 割）   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 負担額（2 割）   |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 負担額（3 割）   |
| 認知症行動・心理<br>症状緊急対応加算 | 認知症の行動・心理症状が認められ、在宅生活困難と医<br>師が判断し、緊急に入所を受け入れた場合<br>※入所日から 7 日間のみ算定                                                                                                                                                                                         | 200 円 / 日  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 400 円 / 日  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 600 円 / 日  |
| 精神科を担当する<br>医師に係る加算  | 認知症という診断を受けた方が、全入所者の 3 分の 1 以<br>上の割合を占め、精神科を担当する医師による定期的な<br>療養指導が月に 2 回以上行われている場合に算定                                                                                                                                                                      | 5 円 / 日    |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 10 円 / 日   |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 15 円 / 日   |
| 経口維持加算（Ⅰ）            | 経口によって食事を摂取される方で、摂食機能障害を有<br>し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医<br>師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護<br>師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所<br>者の栄養管理をするための食事の観察及び会議等を行<br>い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進<br>めるための経口維持計画を作成している場合であって、<br>当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理<br>栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合 | 400 円 / 月  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 800 円 / 月  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 1200 円 / 月 |
| 経口維持加算（Ⅱ）            | 協力歯科医療機関を定めている指定介護老人福祉施設<br>が、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合であって、<br>入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するた<br>めの食事の観察及び会議等に、医師（嘱託医師以外）、歯科<br>医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合                                                                                                                  | 100 円 / 月  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 200 円 / 月  |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                             | 300 円 / 月  |

看取り介護加算（Ⅱ）について

| 内 容                                                         | 永眠 30 日以前<br>45 日以下 | 永眠 4 日以前<br>30 日未満 | 永眠前日<br>前々日 | 永眠当日      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------|-----------|
|                                                             | 負担額（1 割）            |                    |             |           |
|                                                             | 負担額（2 割）            |                    |             |           |
|                                                             | 負担額（3 割）            |                    |             |           |
| ①常勤看護師を配置し、病院との連携により 2<br>4 時間連絡体制が確保されていること                | 72 円/日              | 144 円/日            | 780 円/日     | 1,580 円/日 |
| ②看取りに関する指針を定め、入所の際に入所<br>者又はそのご家族等へその指針の内容を説明<br>し同意を得ていること |                     |                    |             |           |
| ③②の指針が多職種による協議により、適宜見<br>直しが行われていること                        |                     |                    |             |           |
| ④看取りに関する職員研修を行っていること                                        | 144 円/日             | 288 円/日            | 1,560 円/日   | 3,160 円/日 |
| ⑤看取りを行う際に個室又は静養室の利用が<br>可能となるような配慮がなされること。                  |                     |                    |             |           |
| ⑥医師により一般的に認められている医学的<br>知見に基づき回復の見込みがないと診断され<br>たご入所者であること  |                     |                    |             |           |
| ⑦多職種共同で策定したお看取りに関する介<br>護計画を、医師等適当な職員より説明され同意<br>されていること    | 216 円/日             | 432 円/日            | 2,340 円/日   | 4,740 円/日 |

## 苦情（相談）申し出窓口設置のご案内

社会福祉法第82条の規定により、社会福祉法人追分あけぼの会で運営する事業は入所者及びご家族の皆様からの苦情（相談）に適切に対応する体制を整えております。

事業所における苦情（相談）については、解決責任者、受付担当者を置き入所者及び家族の皆様からの苦情（相談）に対応いたします。

### ◇苦情（相談）受付の流れ

Q. 苦情（相談）がある場合は、どうしたらよいのですか？



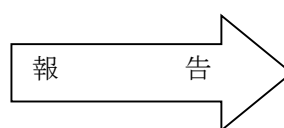
A. 受付事務所が窓口となり、電話及び書面などにより随時受付をいたします。

Q. 受け付けられた苦情（相談）は、どのように報告、確認されるのですか？

ご入所者・ご家族



苦情（相談）解決責任者



ご入所者・ご家族

A. 受付担当者が苦情（相談）を受付後、解決責任者へ報告し、内容を確認した後、申し出人に対して受け付けた旨を通知いたします。

**Q. 解決責任者へ報告された後は、どうなるのですか？**



A. ・解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。

**Q. 第三者委員とは、どんな人になっているのですか？**



A. 第三者委員としては、社会福祉士・弁護士・民生委員等が苦情（相談）解決にあたります。

**Q. 羊ヶ丘陽光苑にしか苦情申し出は、出来ないのですか？**

A. 羊ヶ丘陽光苑以外でも、下記に申し立てをすることができます。

- |                                                             |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ○札幌市豊平区役所<br>(土日祝日除き 8:45~17:15 受付)                         | 所在地: 札幌市豊平区平岸 6 条 10 丁目 1-1<br>電 話: 011-822-2400 FAX: 011-813-3603 |
| ○北海道国民健康保険団体連合会<br>総務部介護保険課企画・苦情係<br>(土日祝日除き 9:00~17:00 受付) | 所在地: 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目<br>電 話: 011-231-5161 FAX: 011-233-2178     |

〒062-0043

札幌市豊平区福住 3 条 9 丁目 4 番 32 号  
特別養護老人ホーム羊ヶ丘陽光苑  
TEL 011-858-1155  
FAX 011-858-1150