

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  
特別養護老人ホームケアハイツなかの重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な指定指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を提供することにより要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 施設の内容

(1) 提供できるサービスの地域

(本体施設)

施設名	特別養護老人ホームケアハイツいたみ
指定番号	2873301044
所在地	伊丹市中野西1丁目141番地
管理者の氏名	岸部 英樹
電話番号	072-773-2286
FAX番号	072-773-2266
指定を受けた地域	伊丹市

(サテライト施設)

施設名	特別養護老人ホームケアハイツなかの
指定番号	2893300513
所在地	伊丹市中野北4丁目2番11号
管理者の氏名	岸部 英樹
電話番号	072-781-1771
FAX番号	072-781-7088
指定を受けた地域	伊丹市

(2) 施設の職員体制

職種	職務の内容	常勤	非常勤	合計	(備考)
管理者	業務の一元的な管理	1名	名	1名	本体施設兼務
医師	健康管理及び療養上の指導	名	4名	4名	本体施設兼務
生活相談員	生活相談及び指導	1名	名	1名	
介護支援専門員		1名	名	1名	
看護師もしくは 准看護師	心身の健康管理、口腔衛生と機能 のチェック及び指導、保健衛生管 理	2名	0名	2名	
介護職員	介護業務	13名	5名	18名	

栄養士	食事の献立作成、栄養計算、栄養指導等	1名	名	1名	
機能訓練指導員	身体機能の向上、健康維持の為の指導	名	1名	1名	
調理員	献立表に従い、調理等を行う	-	-	-	外部委託サービス

○主な勤務時間

職種	勤務時間
医師	毎週火曜日 13:00～16:00
介護職員	早出 7:00～15:30 日勤 9:00～17:30 遅出 10:00～18:30 遅出 11:00～19:30 夜勤 16:30～10:00
看護職員	日勤 9:00～17:30 夜間帯は、オンコールにて24時間対応します。

(3) 設備の概要

定員 29名

○居室 29室

利用者の居室は、ベッド・ナースコール・衣装ケースを備品として備えます。

○静養室 1室

医務室に近接して設けます。

○食堂及び機能訓練室

イ それぞれ必要な広さを有するものとし、その合計した面積は、三平方メートルに入所定員を乗じて得た面積以上とします。(但し、サテライト型居住施設については、食事の提供又は機能訓練を行う場合において、当該食事の提供又は機能訓練に支障がない広さを確保できるときは、同一の場所とすることができます。)

ロ 必要な備品類を備えること。

○浴室など 2室

浴室には利用者が使用しやすいよう、一般浴槽の他に要介助者のための特殊浴槽を設けます。

○洗面所及び便所 29室(便所は6室)

必要に応じて各階各所に洗面所や便所を設けます。

○医務室 1室

医療法に規定する診療所とすることとし、利用者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けています。(但し、サテライト型居住施設については、医務室を必要とせず、利用者を診療するために必要な医薬品及び医療機器を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けることで足りるものとしします。)

(4) 施設利用対象者

○身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅にてこれを受けることが困難な方。介護保険制度における要介護認定の結果、要介護認定を受けた方が対象となります。入所時に要介護認定を受けておられる方でも、将来、要介護認定者でなくなった場合は退所していただくこともあります。

○入所契約締結前に、入所用診断書の提出をお願いします。施設の嘱託医がこれを確認します。

#### (5) 契約締結からサービス提供までの流れ

利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針は、入所後に作成する「施設サービス計画（ケアプラン）」で定めます。

### 3. サービスの内容

#### (1) 基本サービス

##### ① 食事

・栄養士による献立により、身体状況、疾病状況及び嗜好等を考慮しながら、食事の提供に努めます。

##### ② 入浴

・入浴又は清拭を週2回行います。  
・重度であっても、身体状況に応じた設備を使用して入浴することができます。

##### ③ 排泄

・排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

##### ④ 機能訓練

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

##### ⑤ その他自立への支援

・契約者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。  
・重度化防止のため、できるかぎり離床に配慮します。  
・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。  
・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。  
・シーツの交換は、週1回実施します。

#### (2) その他のサービス

##### ① 理美容

毎月、理美容の機会を設けておりますので、利用期間中に行われる場合で、ご希望の方は申出ください。

##### ② 所持品の管理

保管できるスペースに限りがございますので、最小限にお願い致します。

##### ③ レクリエーション

年間を通して施設内外の交流会等の行事を行います。

### 4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

介護負担限度額認定証の発行を受けている方は、記載されている居住費・食費の額とします。

□介護報酬告示額（(1)及び(2)の合計額）

(1) 基本料金（単位／円、1か月利用料金＝1日当たり料金×30日）

**【利用者負担第1段階】**

介護度区分	介護保険基本料	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	713	300	880	1,893	56,790
要介護2	787	300	880	1,967	59,010
要介護3	866	300	880	2,046	61,380
要介護4	942	300	880	2,122	63,660
要介護5	1,015	300	880	2,195	65,850

※上記料金に、下記加算が追加となります。

**【利用者負担第2段階】**

介護度区分	介護保険基本料	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	713	390	880	1,983	59,490
要介護2	787	390	880	2,057	61,710
要介護3	866	390	880	2,136	64,080
要介護4	942	390	880	2,212	66,360
要介護5	1,015	390	880	2,285	68,550

※上記料金に、下記加算が追加となります。

**【利用者負担第3段階①】**

介護度区分	介護保険基本料	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	713	650	1,370	2,733	81,990
要介護2	787	650	1,370	2,807	84,210
要介護3	866	650	1,370	2,886	86,580
要介護4	942	650	1,370	2,962	88,860
要介護5	1,015	650	1,370	3,035	91,050

※上記料金に、下記加算が追加となります。

**【利用者負担第3段階②】**

介護度区分	介護保険基本料	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	713	1,360	1,370	3,443	103,290
要介護2	787	1,360	1,370	3,517	105,510
要介護3	866	1,360	1,370	3,596	107,880
要介護4	942	1,360	1,370	3,672	110,160
要介護5	1,015	1,360	1,370	3,745	112,350

※上記料金に、下記加算が追加となります。

### 【利用者負担第4段階】

介護度区分	介護保険基本料	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	713	1,645	2,066	4,424	132,720
要介護2	787	1,645	2,066	4,498	134,940
要介護3	866	1,645	2,066	4,577	137,310
要介護4	942	1,645	2,066	4,653	139,590
要介護5	1,015	1,645	2,066	4,726	141,780

※上記料金に、下記加算が追加となります。

### 【介護保険基本料2割負担】

介護度区分	介護保険基本料 2割負担	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	1,426	1,645	2,066	5,137	154,110
要介護2	1,574	1,645	2,066	5,285	158,550
要介護3	1,732	1,645	2,066	5,443	163,290
要介護4	1,884	1,645	2,066	5,595	167,850
要介護5	2,030	1,645	2,066	5,741	172,230

※上記料金に、下記加算の2倍費用が追加となります。

### 【介護保険基本料3割負担】

介護度区分	介護保険基本料 3割負担	食事代	居住費	1日当たり料金	1か月利用料金
要介護1	2,139	1,645	2,066	5,850	175,500
要介護2	2,361	1,645	2,066	6,072	182,160
要介護3	2,598	1,645	2,066	6,309	189,270
要介護4	2,826	1,645	2,066	6,537	196,110
要介護5	3,045	1,645	2,066	6,756	202,680

※上記料金に、下記加算の3倍費用が追加となります。

#### (2) 加算料金等

ア 栄養マネジメント強化加算	1日につき	12円
イ 看護体制加算 I	1日につき	13円
看護体制加算 (II) 1	1日につき	24円
ウ 夜勤職員配置加算 (II) 1	1日につき	48円
エ 経口移行加算	1日につき	30円
オ 経口維持加算 (I)	1月につき	418円
経口維持加算 (II)	1月につき	105円
カ 口腔衛生管理加算 (II)	1月につき	115円
キ 精神科医加算	1日につき	56円

ク 初期加算	1日につき	32円
ケ 療養食加算	1回につき	7円
コ 日常生活継続支援加算	1日につき	48円
サ 自立支援促進加算	1月につき	293円
シ 科学的介護推進加算	1月につき	53円
ス ADL維持等加算	1月につき	32円
セ 安全対策体制加算	1月につき	21円 (入所時)
ソ 若年性認知症入所者受入加算	1日につき	126円
タ 退所時等相談援助加算		
(退所前後訪問相談援助加算)	1回	481円
(退所時相談援助加算)	1回	418円
(退所前連携加算)	1回	523円
チ 看取り介護加算 (I)		
死亡日		1,338円
死亡日以前2日又は3日	1日につき	711円
死亡日以前4日以上30日以下	1日につき	151円
死亡日以前31日以上45日以下	1日につき	76円
ツ サービス提供体制強化加算 (I)	1日につき	23円
サービス提供体制強化加算 (II)	1日につき	19円
テ 介護職員等処遇改善加算 (I)	利用単位数の	14%の1割の額
介護職員等処遇改善加算 (II)	利用単位数の	13.6%の1割の額
ト 生産性向上推進体制加算 (I)	1月につき	105円
生産性向上推進体制加算 (II)	1月につき	11円
ナ 協力医療機関連携加算 (I)	1月につき	53円
ニ 精神科医療養指導加算	1日につき	6円

□その他の費用

(1) 日常生活上、必要となる諸費用

- ①衣類、靴、歯ブラシ、歯磨き、ポリデント等
- ②理美容代 1回あたり1,500円
- ③利用者のご容態やご希望に基づく特別な食事の費用

□利用料金のお支払方法

利用料金は、利用した月ごとに計算し、ご請求します。翌日27日までに金融機関からの自動引き落としでお支払い下さい。

□キャンセル料について

利用予定の前日17時30までに申し出があった場合	キャンセル料は発生しません
利用予定の前日17時30までに申し出がなかった場合	利用予定初日の食費を請求させていただきます。

## 5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には施設の職員にご一報ください。
- ②利用者は、施設内の機械及び器具を利用される際、必ず職員に声をかけてください。
- ③施設内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- ④職員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

## 6. 非常災害対策

施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、年2回以上利用者及び職員等の訓練を行います。

## 7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関、各関係機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 9. 守秘義務に関する対策

施設及び職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、職員との雇用契約の内容としています。

## 10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、職員教育を行います。

## 11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 12. 苦情相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

### 【特別養護老人ホームケアハイツなかの】

窓口担当者	大庭 久美子
苦情解決責任者	森 理恵
受付時間	月曜日～金曜日 9時00分～17時30分（祝日及び年末年始を除く）
利用方法	電話 : 072-781-1771 FAX : 072-781-7088

	e-mail : home@jigyoudan-itami-hyogo.jp
--	--

【伊丹市社会福祉事業団 法人事務局】

所在地	伊丹市広畑3丁目1番地
受付時間	月曜日～金曜日 9時00分～17時30分（祝日及び年末年始を除く）
利用方法	電話 : 072-784-9987 FAX : 072-784-9937 e-mail : jig001@jigyoudan-itami-hyogo.jp

【苦情処理第三者委員】

氏名：深川 啓子	電話番号：072-782-3869
氏名：弓場 敬子	電話番号：072-781-4848

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます

伊丹市健康福祉部地域福祉 室介護保険課	所在地	伊丹市千僧1丁目1番地
	受付時間	月曜日～金曜日 9時00分～17時30分（祝日及び年末年始を除く）
	利用方法	電話 : 072-784-8037 FAX : 072-784-8006
兵庫県国民健康保険団体連 合会介護サービス苦情相談 担当	所在地	神戸市中央区三宮町1丁目9番1番地1801号
	受付時間	月曜日～金曜日 8時45分～17時15分（祝日及び年末年始を除く）
	利用方法	電話 : 078-332-5617 FAX : 078-332-5650

13. 協力医療機関等

施設は、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名称 : 市立伊丹病院  
住所 : 伊丹市昆陽池1丁目100番地  
診療科目 : 内科、歯科ほか総合科目

名称 : みやそう病院  
住所 : 伊丹市北野2丁目113番地3  
診療科目 : 内科、外科、整形外科

・協力歯科医療機関

名称 : 辻歯科医院  
住所 : 伊丹市中央6丁目1番9号 岡ビル2F

◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

14. 施設からの退所（契約の終了）について

- ①利用者から退所の申し出があった場合（中途解約・契約解除）
- ②事業所からの申し出により退所していただく場合（契約解除）
- ③利用者が病院等に入院され、3カ月以内の退院が見込まれない場合

15. 損害賠償について

当施設において、施設の責任により利用者に生じた損害については、施設は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合で、施設の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの開始に当たり、入所者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<施設>

所在地 伊丹市中野北4丁目2番11号  
施設名 特別養護老人ホームケアハイツなかの  
(指定番号 2893300513)

説明者

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、施設から指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

<利用者>

住所

氏名 【署名又は記名押印】

<利用者代理人(選任した場合)・身元引受人>

住所

氏名 (続柄 ) 【署名又は記名押印】

私は、利用者が事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が利用者に代わって署名を代行いたします。

署名代行者

住所

氏名 (続柄 )

## 個人情報使用同意書

私（ ）及びその家族等の個人情報については、令和 年 月 日付（サテライト型）指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護利用契約書における秘密保持に関し、下記の場合にその必要とする範囲内で使用することに同意します。

### 記

1. 事業者が、介護保険法に関する法令に従い、利用者の居宅サービス計画に基づくサービス等を円滑に実施するためのサービス担当者会議等において使用する場合。
2. 私（利用者）が緊急時等、医療機関で受診するときに医療機関に対して個人の情報を使用する場合。
3. 事業者との契約の終了により、利用者を他の施設へ紹介する等の援助をおこなう際に必要な個人の情報を使用する場合。

社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団  
理事長 増田 平 様

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

【署名又は記名押印】

利用者家族 住所

氏名

【署名又は記名押印】

利用者は署名できないため、利用者の意思を確認の上、私が代行します。

署名代行者 住所

氏名

(続柄)