

介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑 施設入所

【契約書別紙】重要事項説明書

1、提供するサービスについての相談窓口

電話番号：092-804-8000

担当職員：支援相談員 ※ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

2、施設の目的

当施設は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供することを目的とします。

3、運営の方針

- ① 当施設では利用者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、施設サービス計画に基づいて医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- ② 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れのある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。
- ③ 当施設では介護保険施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるように努めます。
- ④ 当施設では、明るく家庭的な雰囲気重視し、利用者が「にこやかで」「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項については、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。

利用者(被保険者)

利用者	様
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5
認定審査会意見	

4、事業者

事業者の名称	介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑
所在地	福岡市早良区早良1丁目5番56号
法人種別	社会医療法人 福西会
代表者氏名	理事長 山下 裕一
電話番号	092-804-8000

5、ご利用施設

施設名	介護老人保健施設 ケアセンターひまわり苑
所在地	福岡市早良区1丁目5番56号
施設長名	久保 真一
電話番号	092-804-8000

6、ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		福岡県知事の事業者指定		利用者数
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	平成8年12月6日	福岡県439号	100人
居宅	通所リハビリ	平成8年12月6日	福岡県439号	50人
	短期入所療養介護	平成8年12月6日	福岡県439号	8人
居宅介護支援事業所		平成11年8月1日	福岡県123号	

7、ひまわり苑の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者・医師	医師	1名		施設・健康管理	1名
支援相談員	社会福祉士	1名		相談業務	2名
	社会福祉主事	1名			
栄養科職員	管理栄養士	3名		栄養管理	12名
	栄養士				
	調理師・員	4名	5名	調理業務	
薬剤師	薬剤師	1名		薬剤管理	1名
機能訓練指導員	理学療法士	2名		機能訓練	7名
	作業療法士	4名			
	言語聴覚士	1名			
介護支援専門員	介護福祉士等	1名		ケアプラン作成専任	1名

事務職		2名		事務業務	2名
看護・介護職	正看護師	8名	1名	看護業務	12名
	准看護師	3名			
	介護福祉士	27名	2名	介護業務	37名
	ケアスタッフ	3名	1名		
	介護補助職員	3名	1名		
通所リハビリ職員	介護福祉士	7名		介護業務 看護業務 機能訓練	17名
	ケアスタッフ	1名			
	正看護師	1名	1名		
	理学療法士		7名		
	作業療法士				
	言語聴覚士				

8、施設の職員勤務体制

	昼間	夜間	日祝祭日
医師	1名		
支援相談員	1名以上		事務職と交代
栄養科	7名以上		5名以上
機能訓練指導員	2名以上		
介護支援専門員	1名以上		
事務職	1名以上		支援相談員と交代
看護職	5名以上	1名	3名以上
介護職	16名以上	4名	16名以上
警備員		1名	夜間と同じ

9、施設の概要

敷地		4990.69 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建
	延べ面積	4998.8 m ²
	利用定員	100名

10、居室、主な設備

定員	100名(内 短期入所療養介護8名)	療養室	31室 100床
居室	4人部屋	22室(1人あたり8.01m ² 以上)	診察室
	2人部屋	3室(1人あたり8.10m ² 以上)	食堂
	個室	6室(1人あたり14.79m ² 以上)	機能訓練室
浴室	3室	家族介護室	1室
通所リハビリ室	1室	家族相談室	1室

11、入所・退所について

(1) 入所

入所面談後、施設サービスを必要とされる方であり、入所判定会議でひまわり苑のケアが必要と判定された場合に契約を結び、施設サービスを開始します。

(2) 退所

以下の場合、退所と同時にサービスの提供を終了します。

- ・利用者、ご家族の都合で退所される場合

退所を希望する日の10日前までにお申し出ください。

- ・自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）または要支援と認定された場合（この場合は、所定の期間の経過をもって退所していただくことになります）。
- ・利用者がお亡くなりになった場合。
- ・利用者が病院または診療所に入院された場合。
- ・尚、退所後再入所を希望される場合はお申し出ください。
- ・判定会議で当施設以外での生活が妥当と判定された場合。

利用者の入所中は定期的（3ヵ月ごと）に判定会議を行います。判定会議では、利用者の心身の状態を勘案した上で利用者にとって適切な環境を検討いたします。

- ・その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。

この場合、契約終了7日前までに文書にて通知いたします。

- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し退所していただく場合があります。この場合、契約終了30日以上前に文書にて通知します。

12、料金

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付に係る通常1割負担。または2割負担、3割負担の自己負担分と保険給付対象外の費用（居住費、食費、おやつ代、教養娯楽費、日常生活で通常必要となるものにかかる費用や、理美容代、クラブ等で使用する材料費、診断書等の文書作成費）を利用料としてお支払いいただくことになります。

料金は1か月毎にお支払いいただきます。お支払いいただく料金の設定は概ね以下の通りです。

（料金の詳細については重要事項説明書別表に記載）

(1) 基本料

サービスが介護保険の適応を受ける場合は原則として施設サービス費（食事の費用を除く）の1割負担または2割負担、3割負担と食事の提供にかかる標準負担額と日常生活費とその他の合計をお支払いいただきます。ただし、保険料の滞納などにより介護保険の適用とならない場合は、一旦サービス費全体（10割）をお支払いいただき、後日保険者からの保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

・施設サービス費

利用者の要介護度、負担割合に応じた介護報酬単価の1割または2割、3割負担をお支払いいただきます。

・食費、居住費負担段階

利用者負担段階	食材費	居住費（多床室）
利用者負担第1段階	300円	0円
利用者負担第2段階	390円	430円
利用者負担第3段階①	650円	430円
利用者負担第3段階②	1,360円	430円
上記以外	1,500円	437円
食事代 1,500円	朝食代 400円、昼食代 550円、夕食代 550円	
おやつ代 120円（希望利用者のみ）		

世帯の収入(資産要件あり)に応じて減額の制度があります。減額の制度に該当される方は申請の手続きが必要ですのでご相談下さい。

・おやつ代

おやつは希望選択となります。ご希望の方は1日120円の負担となります。

・日常生活費

施設内で使用する日用品、リハビリ、クラブ活動等で使用する材料、教養娯楽に関する者にかかる費用が含まれます。

(2)加算料

必要に応じて関係法令に基づいた料金が別途加算されることがあります。

・短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（Ⅱ）

入所日から起算して3か月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合に加算されます。

・認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）（Ⅱ）

認知症であると医師が判断した利用者に対し入所の日から起算して3か月以内の期間に限り1週に3日を限度として認知症に対するリハビリテーションを集中的に行った場合に加算されます。

- ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士が80%以上または勤続年数10年以上の介護福祉士が35%以上配置している場合に加算されます。

- ・夜勤職員配置加算

夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たした場合に加算されます。

- ・認知症ケア加算

認知症により日常生活に支障をきたすおそれのある症状または、行動が認められる利用者に対し、認知症専門棟(3階)で介護を行った場合に加算されます。

(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上が対象となります)

- ・認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)

認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、施設全体の認知症ケアの指導や研修を行っている場合に加算されます。

- ・初期加算(Ⅰ)(Ⅱ)

入所した日から30日以内の期間について加算されます。

- ・栄養マネジメント強化加算

管理栄養士を一定数以上配置し、入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケアマネジメントが行われた場合に加算されます。

- ・療養食加算

医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合に1食毎に加算されます。

- ・再入所時栄養連携加算

入所者が医療機関に入院し、経管栄養または嚥下調整食の導入など施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合に施設の管理栄養士と医療機関の管理栄養士が連携して栄養管理に関する調整を行った場合に加算されます。

- ・退所時栄養情報連携加算

特別食を必要とする入所者または、低栄養状態にあると医師が判断した入所者を対象に管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合1月につき1回を限度として加算されます。

- ・経口維持加算(Ⅰ)

現に経口より食事を摂取する者であって、摂食機能障害や嚥下を有する入所者に対して、医師または歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種が共同

して、食事の観察または歯科医師の指示に基づき管理栄養士が栄養管理を行った場合、1月に加算されます。

- ・経口維持加算（Ⅱ）

協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算（Ⅰ）において行う食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士または言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算（Ⅰ）に加えて1月に算定されます。

- ・口腔衛生管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い。介護職員に対し具体的な技術的助言および指導を計画的に行い、各入所者に応じた口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合に加算されます。

- ・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）（Ⅱ）

入所者の褥瘡発生を予防するため、多職種の者が共同して褥瘡管理、定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合に加算されます。

- ・排せつ支援加算（Ⅰ）

排泄障害のため、排泄に介護を要する入所者に対し多職種が共同して支援計画を作成し、その計画に基づき支援し排泄状態の改善を行った場合に加算されます。

- ・緊急時治療管理

利用者の病状が重篤となり、救急救命医療が必要となった場合に1か月3日を限度として加算されます。

- ・所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）

肺炎・尿路感染症・带状疱疹等・蜂窩織炎・慢性心不全により治療が必要とする状態となった利用者に対し治療管理を行った場合に1月に1回、連続して7日（Ⅱ）の場合は連続して10日）を限度として加算されます。

- ・かかりつけ医療連携薬剤調整加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）

多剤投薬されている入所者の処方方針を当施設の医師とかかりつけ医が事前に合意しその処方方針に従って減薬する取り組みや服薬情報を厚生労働省に提出を行った場合に加算されます。

- ・外泊時費用

外泊中、施設サービス費は算定しませんが、介護保険給付の所定の費用が加算されます。

（外泊は1か月7泊8日まで可能です。外泊の初日と最終日は含みません）

- ・外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）
入所者に対して居宅における外泊を認め、入所者が当苑により提供される在宅サービスを利用した場合に1月に6日を限度として加算されます。
- ・認知症行動、心理症状緊急対応加算
医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に入所する事が適当であると判断した利用者に介護保険施設サービスを行った場合に入所した日から起算して7日を限度として加算されます。
- ・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）
在宅復帰率、ベッド回転率、専門職員の配置人数、居宅サービス数、重度者割合などの算定要件を満たした場合に加算されます。
- ・入所前後訪問指導加算（Ⅰ）（Ⅱ）
居宅退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合に入所中に1回を限度として加算されます。（Ⅱ）は生活機能の具体的な改善目標を定め、退所後の生活に係る支援計画を作成した場合に入所中1回を限度として加算されます。
- ・退所時情報提供加算（Ⅰ）（Ⅱ）
入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において当該入所者の退所後の主治の医師や病院、介護施設等に対して、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合に、入所者1人につき1回限り加算されます。
- ・入退所前連携加算（Ⅰ）（Ⅱ）
入所予定日30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合に加算されます。
- ・老人訪問看護指示加算
退所後訪問看護を利用される際の訪問看護指示書を交付した場合に加算されます。
- ・安全対策体制加算
安全対策に関する外部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場合に加算されます。
- ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（Ⅱ）
入所者の身体状況、栄養状態、口腔機能、認知症、リハビリ、既往歴、服薬情報など入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に加算されます。

- ・自立支援促進加算

定期的にすべての入所者に対する医学的評価とその結果を厚生労働省に提出し、医学的評価の見直しを行い多職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、支援計画に従ったケアを実施している場合に加算されます。

- ・リハビリテーションマネジメント計画書情報加算

医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理しリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合に加算されます。

- ・ターミナルケア加算

医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者に対して、本人及び家族とともに、医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員、支援相談員等が共同して随時本人またはその家族に対して説明を行い、合意しながらその人らしさを尊重した看取りができるよう支援した場合に死亡日 45 日前から死亡当日の期間算定されます。

- ・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（Ⅱ）

施設内で感染者が発生した場合に、感染者のたいおうを行う医療機関との連携体制や感染症に関する研修会の定期的な実施、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けることで加算されます。

- ・新興感染症等施設療養費

入所者が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行って上で、該当する介護サービスを行った場合に、1月に1回、連続する5日を限度として算定されます。

- ・協力医療機関連携加算（Ⅰ）

施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応を行う体制を確保している場合に加算されます。

- ・認知症チームケア推進加算（Ⅰ）

認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を1名以上配置し、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対するチームを組み、認知症の行動・心理症状（BPSD）の対応を行った場合に加算されます。

- ・生産性向上推進加算（Ⅰ）（Ⅱ）

介護現場における生産性の向上と利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する取り組みを行った場合に加算されます。

・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員等の処遇改善を目的として、基本サービス費に各種加算減算を加えた所定単位数に75/1000乗じた単位数が加算されます。

(3) その他

行事代(特別な行事の場合)、理美容代、クリーニング代など別途料金がかかります。

※利用者の負担上限(高額介護サービス費)

世帯	利用者負担上限額 (円)
○世帯に課税所得 690 万円以上の 65 歳以上の人がある	世帯 140,100 円
○世帯に課税所得 380 万円以上 690 万円未満の 65 歳以上の人がある	世帯 93,000 円
○世帯に市民税課税の人がある	世帯 44,400 円
○世帯全員が市民税非課税	世帯 24,600 円
○世帯全員が市民税非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80 万円以下の人	個人 15,000 円
○世帯全員が市民税非課税であって老齢福祉年金を受給している人	
○生活保護を受給している人	個人 15,000 円
○利用者負担を 15,000 円に減額することで生活保護の受給者とならない場合	世帯 15,000 円

13、料金のお支払方法

毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、25 日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払い方法はひまわり苑受付に直接お支払いください。(銀行振り込み・口座振替もできますのでご希望の際はお申し出ください)

※お振込みの場合

〈振込口座〉	振込先銀行	西日本シティ銀行	野芥支店
	名義人	社会医療法人福西会	
	口座番号	1 1 4 2 8 3 0	

14、緊急時の対応

体調の変化など、緊急の場合はご指定の緊急連絡先に連絡いたします。

緊急連絡先に変更がございましたら速やかにご報告ください。

15、事故発生時の対応と安全対策について

事故・安全対策検討委員会（毎月第3火曜日開催）を開催し、事故防止及び事故発生時は対応マニュアル、チャートに基づいて迅速かつ的確に対応することとしています。

サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により損害賠償が生じた場合に備え損害賠償保険に加入しています。

【事故安全対策担当者】：尾辻康夫（支援相談員）

16、身体拘束に関する方針について

身体拘束に関する苑の基本方針、及び身体拘束を行う場合のその基準についての具体的な項目・手順を定め、またはひまわり苑の利用者の特性をふまえ、人権擁護の視点から〈抑制しないケア〉目標や具体的な内容を明確にし、全職員がその考えを十分に理解し利用者の行動を抑制しないケアに努めていきます。

- ① 入所時の情報や利用者の状況が「緊急やむを得ない場合」の3つの要件をすべて満たしているか否かをカンファレンスで検討します。
 - A. 利用者本人または他の利用者などの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いかどうか。
 - B. 身体拘束がその他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護がないかどうか。
 - C. 身体拘束その他の行動制限は一時的であるかどうか。
- ② 3つの要件に該当する場合、施設長に報告し拘束内容を看護師・介護福祉士・リハビリテーション職員等で検討します。
- ③ 利用者・家族に対して身体拘束の内容、目的、理由、拘束時間等を説明し十分な理解を得た上で同意書に署名していただきます。
- ④ 拘束開始後は、経過観察記録に状況を記載する。その場合は、以下の項目に特に注意します。
 - ・利用者の病用や精神状態の観察。
 - ・抑制用具の位置や状況の点検。
 - ・抑制部位の循環障害や感覚機能障害の有無。
- ⑤ 身体拘束中、「緊急やむを得ない場合」の3項目に該当するかどうかを常に観察し、該当しなくなった時点で速やかに解除します。

17、虐待防止に関する方針について

事業者は、入所者の人権擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する担当者を選定。

【虐待防止に関する担当者】 松島克代（看護師・看介護部長）

② 成年後見制度の利用を支援。

③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦情を相談できる体制を整えるほか従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努める。

④ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていく。

⑤ 虐待防止のための指針を整備する。

⑥ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施。

⑦ サービス提供中に、当該施設従業者または擁護者による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報する。

18、相談・要望・苦情などの窓口

当施設ご利用中のサービスに関する相談・要望・苦情などはサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

【サービス相談窓口】 TEL：092-804-8000

介護支援専門員：齊田知晃

看・介護部長：松島克代

支援相談員：尾辻康夫、小田祐介

※以下のように処理いたします。

① 相談・要望・苦情等を各部署（医師、介護支援専門員、看護、介護、リハビリテーション、事務、栄養科、通所リハビリテーション）で検討いたします。

② 苦情処理委員会（施設長、介護支援専門員、事務長、介護部長、各部署所属長）にて討議し対応いたします。

③ 上記の結果をご家族・関係機関に報告いたします。

※公的機関においても、次の期間において苦情の申し立てができます。

福岡市 保健福祉局 高齢者社会部 事業者指導課（施設指導係）	所在地：福岡市中央区天神1丁目8-1 電話：092-711-4319 対応時間：平日8時45分～17時15分
早良区役所 保健福祉センター 福祉・介護保険課	所在地：福岡市早良区百道2丁目1-1 電話：092-833-4356 対応時間：平日8時45分～17時15分
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地：福岡市博多区吉塚本町13-47 電話：092-642-7859 対応時間：平日8時30分～17時

福岡県運営適正化委員会	所在地 : 春日市原町 3 丁目 1 番 7 号 クローバープラザ 4 階東棟 電 話 : 092-915-3511 対応時間 : 月曜日～金曜日 午前 9 時～17 時 30 分
福岡市 保健福祉区局 高齢者サービス支援課 ※高齢者虐待に関する苦情相談窓口	所在地 : 福岡市中央区天神 1 丁目 8 - 1 電 話 : 092-711-4319 対応時間 : 平日 8 時 45 分～17 時 15 分

19、非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める「介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣施設との協力	関連施設「介護老人保健施設さわら老健センター」「福西会病院」「福西会南病院」との非常時における相互の応援体制を確立します。

非常時の訓練 防火設備等	別途に定める「介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑消防計画」にのっとり年 2 回以上(夜間を含む)の消防訓練を実施します。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	ガス漏れ報知機	あり
	避難階段	3 か所	防火戸	4 か所
	避難器具(滑り台)	1 か所	室内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	39 か所	非常放送装置	あり
	カーテン・ブラインド等は防火性能のあるものを使用しています。		非常用発電設備	あり
消防計画等	消防署への届け日 : 平成 30 年 5 月 24 日 防火責任者 : 瓜生 昌敬			

入所サービス利用料(概算)

基本サービス費	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 割負担	829 円	881 円	949 円	1,004 円	1,058 円
2 割負担	1,658 円	1,762 円	1,898 円	2,008 円	2,116 円
3 割負担	2,487 円	2,643 円	2,847 円	3,012 円	3,174 円

各種加算		1 割負担	2 割負担	3 割負担
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(1 日につき)	23 円	46 円	69 円
夜勤職員配置加算	(1 日につき)	25 円	50 円	75 円
栄養マネジメント強化加算	(1 日につき)	11 円	22 円	33 円
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	(1 日につき)	270 円	540 円	810 円
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	(1 日につき)	209 円	418 円	627 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	(1 日につき)	251 円	502 円	753 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	(1 日につき)	125 円	250 円	375 円
認知症ケア加算	(1 日につき)	80 円	159 円	240 円
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	(1 日につき)	3 円	6 円	9 円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	(1 日につき)	4 円	8 円	12 円
初期加算(Ⅰ)	(1 日につき)	32 円	63 円	96 円
初期加算(Ⅱ)	(1 日につき)	63 円	126 円	189 円
療養食加算	(1 食につき)	6 円	13 円	18 円
再入所時栄養連携加算	(1 回につき)	209 円	418 円	627 円
退所時栄養情報連携加算	(1 回につき)	31 円	62 円	93 円
経口維持加算(Ⅰ)	(1 月につき)	418 円	836 円	1,254 円
経口維持加算(Ⅱ)	(1 月につき)	105 円	209 円	315 円
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	(1 月につき)	94 円	188 円	282 円
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	(1 月につき)	115 円	230 円	345 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	(1 月につき)	3 円	6 円	9 円
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	(1 月につき)	14 円	28 円	42 円
排せつ支援加算(Ⅰ)	(1 月につき)	11 円	22 円	33 円
緊急時治療管理	(1 回につき)	541 円	1,082 円	1,623 円
所定疾患施設療養費(Ⅰ)	(1 日につき)	250 円	500 円	750 円
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	(1 日につき)	502 円	1,004 円	1,506 円
かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅰ)	(1 回を限度)	105 円	210 円	315 円
かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅱ)	(1 回を限度)	251 円	502 円	753 円
かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅲ)	(1 回を限度)	105 円	210 円	315 円
外泊時費用	(1 日につき)	379 円	757 円	1,137 円

外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）	（1日につき）	836円	1,672円	2,508円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	（1日につき）	53円	106円	159円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	（1日につき）	209円	418円	627円
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	（1月につき）	157円	314円	471円
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	（1回を限度）	471円	941円	1,413円
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	（1回を限度）	502円	1,004円	1,569円
試行的退所時指導加算	（1回を限度）	418円	836円	1,254円
退所時情報提供加算（Ⅰ）	（1回を限度）	523円	1,045円	1,569円
退所時情報提供加算（Ⅱ）	（1回を限度）	261円	522円	783円
入退所前連携加算（Ⅰ）	（1回を限度）	627円	1,254円	1,881円
入退所前連携加算（Ⅱ）	（1回を限度）	418円	836円	1,254円
老人訪問看護指示加算	（1回を限度）	314円	627円	942円
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	（1月につき）	105円	210円	315円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	（1月につき）	10円	20円	30円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	（1月につき）	5円	10円	15円
新興感染症等施設療養費	（1日につき）	251円	502円	753円
安全対策体制加算	（1回を限度）	21円	42円	63円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	（1月につき）	23円	46円	69円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき）	63円	126円	189円
自立支援促進加算	（1月につき）	314円	628円	942円
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	（1月につき）	34円	68円	102円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	（1月につき）	105円	210円	315円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	（1月につき）	10円	20円	30円
ターミナルケア加算	死亡日以前 31日以上 45日以下	75円	150円	225円
	死亡日以前 4日以上 30日以下	167円	334円	501円
	死亡日以前 2日又は 3日	951円	1,902円	2,853円
	死亡日	1,986円	3,972円	5,958円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）		ひと月につき+所定単位×75/1000		

居住費（多床室）	利用者負担段階 第1段階	0円	1日につき
	利用者負担段階 第2段階	430円	
	利用者負担段階 第3段階①	430円	
	利用者負担段階 第3段階②	430円	
	上記以外の方	437円	

食・材料費	利用者負担段階 第1段階	300円	1日につき
	利用者負担段階 第2段階	390円	
	利用者負担段階 第3段階①	650円	
	利用者負担段階 第3段階②	1,360円	
	上記以外の方	1,500円	

おやつ代	1日につき（希望選択）	120円
------	-------------	------

日常生活費（日用消耗品・教養娯楽費）		
項目	内容	金額
日用消耗品費	・消毒剤(ベルコムローション・うがい薬)・シャンプー・石鹸 ・ボディソープ・リンス・乳液・綿棒・入浴剤・ベビーオイル ・おしぼり・ティッシュペーパー・消臭剤・洗剤・スキナベープ ・歯磨き粉・歯ブラシ・タフトブラシ・義歯洗浄剤	200円
教養娯楽費	・紙細工用品・手芸用品・工作用品・書道用品・絵画用品 ・料理用品・アロマ用品・園芸用品・視聴覚用品	100円

※この費用はご契約者が自由に選択できる項目です。ご家族その他、代理の方にご用意いただく場合は徴収いたしません。

写真代(行事写真)	1枚 40円		
業者洗濯代	550円/1ネット ドライもの194円(週1回集配)		
電気代	個人専用電化製品持ち込みの場合 1品目につき100円/1日		
電話代	実費		
予防接種料(インフルエンザ等)	実費		
理美容代	カット 1,700円	丸刈り 1,500円	顔そり 800円
	毛染め 5,000円	毛染め+カット 6,200円	
文書料	診断料		5,500円
	証明書(医師の診断を必要としない)		1,100円
	証明書(医師の診断を必要とする)		5,500円

保証契約書

この度、貴施設を利用します上は「入所契約書」「重要事項説明書」「サービス内容説明書」記載に関する諸事項を承諾し特に下記事項については、貴施設に迷惑をかけない事を保証人連署の上、誓約致します。

1. 施設内の諸規則を堅く守り、療養、入所・通所生活、退所時時期については貴施設の指示に従います。
2. 施設利用料、食事療養費及び室料負担額について同意し、指定の期日に支払い致します。
3. 身元に関する一切の事項について迷惑をお掛け致しません。尚、介護保険証、保険証、住所、電話番号等、届出事項に変更が生じた場合は速やかに連絡します。

契約締結日

令和 年 月 日

私は身元引受人・連帯保証人として、契約書、重要事項説明書、サービス内容説明書に基づき介護老人保健施設サービスについて説明を受け、全てにおいて承諾しましたので、上記誓約を承諾します。本契約の締結を証する為本書を2通作成し、ご利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとする。

【ご利用者】

氏名

住所

【身元引受人】

氏名

続柄

住所

連絡先(一般電話)

携帯電話

勤務先(職業)

電話番号

【連帯保証人】

氏名

続柄

住所

連絡先(一般電話)

携帯電話

勤務先(職業)

電話番号

尚、連帯保証人（ ）は、ご利用者様（ ）に対し、ご利用者様（ ）が本契約上負担する一切の債務を極度額 30 万円の範囲内で連帯して保証する。

【事業者】社会医療法人 福西会 介護老人保健施設ケアセンターひまわり苑

【住所】福岡県福岡市早良区早良 1 丁目 5 番 56 号 TEL 092-804-8000

【管理者】施設長 久保 真一

令和6年10月 改定