

重要事項説明書

| | |
|-------|----------|
| 記入年月日 | 令和7年5月1日 |
| 記入者名 | 角 孝司 |
| 所属・職名 | 管理者 |

1. 事業主体概要

| | | |
|------------|---------------------------|---|
| 種類 | 個人/法人 | |
| | ※法人の場合、その種類 | 医療法人 |
| 名称 | (ふりがな) こうゆうかい 弘友会 | |
| 主たる事務所の所在地 | 〒719-1155 岡山県総社市小寺995番地の1 | |
| 連絡先 | 電話番号 | 0866-94-5000 |
| | FAX番号 | 0866-94-5001 |
| | ホームページアドレス | http://kyk-mc.or.jp/ |
| 代表者 | 氏名 | 村上 和春 |
| | 職種 | 理事長 |
| 設立年月日 | 平成 6 年 7 月 27 日 | |
| 主な実施事業 | ※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表) | |

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

| | |
|----|------------------------|
| 名称 | (ふりがな) いずみのさと いずみの里 |
|----|------------------------|

| | | |
|---------------|------------|---|
| 所在地 | 〒 | 〒719-1106 岡山県総社市泉1番地213 |
| 主な利用交通手段 | 最寄駅 | JR東総社 駅 |
| | 交通手段と所要時間 | JR総社駅又はJR東総社駅より車で約5分 |
| 連絡先 | 電話番号 | 0866-94-5051 |
| | FAX番号 | 0866-94-5661 |
| | ホームページアドレス | http://kyk-mc.or.jp/ |
| 管理者 | 氏名 | 角 孝司 |
| | 職名 | 管理者（施設長） |
| 建物の竣工日 | | 平成 18 年 10 月 31 日 |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | | 平成 18 年 12 月 1 日 |

（類型）【表示事項】

| | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| ① 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） | | |
| 3 住宅型 | | |
| 4 健康型 | | |
| 1又は2に該当する場合 | 介護保険事業者番号 | 3370801353 |
| | 指定した自治体名 | 岡山県 |
| | 事業所の指定日 | 令和5年8月1日 |
| | 指定の更新日（直近） | |

3. 建物概要

| | | | |
|----|---------|-------------------------|--|
| 土地 | 敷地面積 | 2,124.88 m ² | |
| | 所有関係 | 1 事業者が自ら所有する土地 | |
| | | ② 事業者が賃借する土地 | |
| | | 抵当権の有無 | ① あり 2 なし |
| | | 契約期間 | ① あり (2006年4月1日～2056年3月31日) 2 なし |
| | 契約の自動更新 | 1 あり ② なし | |
| 建物 | 延床面積 | 全体 | 1,619.54m ² |

| | | | | | | |
|--|------------------|---|-----------------------------------|----------------------------|-------|----------------|
| | | うち、老人ホーム部分 | 1619.54 | | | m ² |
| | 耐火構造 | 1 耐火建築物 ② 準耐火建築物 3 その他 () | | | | |
| | 構造 | 1 鉄筋コンクリート造 2 鉄筋造 ③ 木造 4 その他 () | | | | |
| | 所有関係 | ① 事業者が自ら所有する建物 | | | | |
| | | 2 事業者が賃貸する建物 | | | | |
| | | 抵当権の設定 | 1 あり 2 なし | | | |
| | | 契約期間 | 1 あり (年 月 日 ~ 年 月 日) 2 なし | | | |
| | | 契約の自動更新 | 1 あり 2 なし | | | |
| 居室の状況 | 居室区分 【表示事項】 | ① 全室個室 | | | | |
| | | 2 相部屋あり | | | | |
| | | 最小 | 人部屋 | | | |
| | | 最大 | 人部屋 | | | |
| | | トイレ | 浴室 | 面積 | 戸数・室数 | 区分* |
| | タイプ1 | ③有/無 | 有/③無 | 13.09~13.13 m ² | 25 | 一般居室個室 |
| | タイプ2 | ③有/無 | 有/③無 | 13.09~13.13 m ² | 25 | 介護居室個室 |
| | タイプ3 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ4 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ5 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ6 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ7 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| | タイプ8 | 有/無 | 有/無 | m ² | | |
| タイプ9 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| タイプ10 | 有/無 | 有/無 | m ² | | | |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。 | | | | | | |
| 共用施設 | 共用便所における 便房 | 5ヶ所 | うち男女別の対応が可能な便房 | | 0ヶ所 | |
| | | | うち車椅子等の対応が可能な便房 | | 3ヶ所 | |
| | 共用浴室 | 2ヶ所 | 個室 | | 2ヶ所 | |
| | | | 大浴場 | | ヶ所 | |
| | 共用浴室における 介護浴槽 | 2ヶ所 | チェアー浴 | | 1ヶ所 | |
| | | | リフト浴 | | 1ヶ所 | |
| ストレッチャー浴 | | | ヶ所 | | | |

| | | | | |
|--------|------------------|---|------------------|------|
| | | | その他 () | ヶ所 |
| | 食堂 | ① | あり | 2 なし |
| | 入居者や家族が利用できる調理設備 | 1 | あり | ② なし |
| | エレベーター | 1 | あり (車椅子対応) | |
| | | ② | あり (ストレッチャー対応) | |
| | | 3 | あり (上記1・2に該当しない) | |
| | | 4 | なし | |
| 消防用設備等 | 消火器 | ① | あり | 2 なし |
| | 自動火災報知機 | ① | あり | 2 なし |
| | 火災通報設備 | ① | あり | 2 なし |
| | スプリンクラー | ① | あり | 2 なし |
| | 防火管理者 | ① | あり | 2 なし |
| | 防災計画 | ① | あり | 2 なし |
| 緊急通報装置 | 居室 | ① | あり | 2 なし |
| | 便所 | ① | あり | 2 なし |
| | 浴室 | ① | あり | 2 なし |
| | その他 | | | |
| その他 | | | | |

4. サービスの内容

(全体の方針)

| | |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針 | 家庭的な雰囲気、空間の中で適切なケアを提供し、入居者の残存能力を引き出し、よりよい生活が行えるように支援を行う。 |
| サービスの提供内容に関する特色 | その人らしい当たり前の生活のために「寝たきりにしない、させない」「その人の生活習慣を大切にす」「『自分らしさ』を引き出す」生活の場の専門職として、一人一人に最適なサービスを提供します。 |
| 入浴、排せつ又は食事の介護 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 食事の提供 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 洗濯、掃除等の家事の供与 | 1 自ら実施 ② 委託 3 なし |
| 健康管理の供与 | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 安否確認又は状況把握サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |
| 生活相談サービス | ① 自ら実施 2 委託 3 なし |

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|------|----|----|----|----|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービス体制の有無 | 若年性認知症入居者受入加算 | 1 | あり | ② | なし | |
| | 協力医療機関連携加算 | ① | あり | 2 | なし | |
| | 口腔・栄養スクリーニング加算 | 1 | あり | ② | なし | |
| | 科学的介護推進体制加算 | ① | あり | 2 | なし | |
| | 退居時情報提供加算 | ① | あり | 2 | なし | |
| | 退院・退所時連携加算 | ① | あり | 2 | なし | |
| | 夜間看護体制加算 | (I) | 1 | あり | ② | なし |
| | | (II) | ① | あり | 2 | なし |
| | 生産性向上推進体制加算 | (I) | 1 | あり | ② | なし |
| | | (II) | ① | あり | 2 | なし |
| | 個別機能訓練加算 | (I) | ① | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | ② | なし |
| | 看取り介護加算 | (I) | ① | あり | 2 | なし |
| | | (II) | 1 | あり | ② | なし |
| | ADL維持等加算 | (I) | 1 | あり | ② | なし |
| | | (II) | 1 | あり | ② | なし |

| | | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------------|------|------|
| | 生活機能向上連携加算 | (I) | 1 あり | ② なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| | 入居継続支援加算 | (I) | 1 あり | ② なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| | テクノロジーの導入(入居継続支援加算関係) | | 1 あり | ② なし |
| | 認知症専門ケア加算 | (I) | 1 あり | ② なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| | 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) | ① あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| | サービス提供体制強化加算 | (I) | ① あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| | | (III) | 1 あり | ② なし |
| | 介護職員等処遇改善加算 | (I) | ① あり | 2 なし |
| | | (II) | 1 あり | ② なし |
| (III) | | 1 あり | ② なし | |
| (IV) | | 1 あり | ② なし | |
| (V) | | 1 あり | ② なし | |
| 職員の欠員による減算の状況 | ① なし 2 看護職員 3 介護職員 | | | |
| 身体拘束廃止取組の有無 | 1 減算型 ② 基準型 | | | |
| 高齢者虐待防止措置実施の有無 | 1 減算型 ② 基準型 | | | |
| 業務継続計画策定の有無 | 1 減算型 ② 基準型 | | | |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無 | 1 あり | (介護・看護職員の配置率) : 1 | | |
| | ② なし | | | |

(医療連携の内容)

| | | | |
|----------|--------|--|-----------------------|
| 医療支援 | ※複数選択可 | ① 救急車の手配 2 入退院の付き添い ③ 通院介助(協力医療機関は無料、それ以外は2,000円/30分+タクシー代 4 その他(| |
| 協力医療機関 | 1 | 名称 | 泉クリニック |
| | | 住所 | 岡山県総社市小寺995番地の1 |
| | | 診療科目 | 外科・内科・整形外科・リハビリテーション科 |
| | | 協力内容 | 受診・往診・入院に対する協力 |
| 協力歯科医療機関 | | 名称 | たんぼぼ歯科クリニック |
| | | 住所 | 岡山県総社市小寺985-1 |
| | | 協力内容 | 受診・往診に対する協力 |

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

| | | |
|----------------|--|---|
| 入居後に居室を住み替える場合 | ※複数選択可 | 1 一時介護室へ移る場合 ② 介護居室へ移る場合 ③ その他(入居契約書第13条 居室移動の特例) |
| 判断基準の内容 | 長期にわたり介護を受けながら日常生活を営むことが必要になった場合 | |
| 手続きの内容 | 一定期間の経過観察期間を設け主治医の意見、入居者の意思、ご家族の意見を確認する。 | |
| 追加的費用の有無 | 1 あり ② なし | |
| 居室利用権の取扱い | 一般居室の利用権を本人又は身元保証人等の同意を得て消滅させ、新たに介護居室の利用権を設定する。この場合、追加費用は原則必要としないが契約上の居室を変更する取扱いとなる。 | |
| 前払金償却の調整の有無 | 1 あり ② なし | |

| | | | |
|------------------|--------|------|--------|
| 従前の居室との 仕様の変更 | 面積の増減 | ① あり | 2 なし |
| | 便所の変更 | ① あり | 2 なし |
| | 浴室の変更 | 1 あり | ② なし |
| | 洗面所の変更 | ① あり | 2 なし |
| | 台所の変更 | 1 あり | ② なし |
| | その他の変更 | 1 あり | (変更内容) |
| | | ② なし | |

(入居に関する要件)

| | | | |
|--------------------|--|--|------|
| 入居対象となる者 【表示事項】 | 自立している者 | ① あり | 2 なし |
| | 要支援の者 | ① あり | 2 なし |
| | 要介護の者 | ① あり | 2 なし |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・概ね60歳以上の健康な者で、自立した生活が送れる者 ・介護保険の要支援1～要介護5の認定を受けている方で、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護の契約を結んだ方 ・法定伝染病疾患及び著しい精神病疾患を伴わず、かつ、問題行動のない者で共同生活に適応できる者 ・入居利用料の支払い負担能力のある者 ・施設の規範を遵守できる者 | | |
| 契約の解除の内容 | ①入居者が死亡した場合 ②入居者、又は事業者から解約した場合 | | |
| 事業主体から解約を求める場合 | 解約条項 | 入院または外泊が連続して2か月を超えるとき 共同生活の秩序を著しく乱し、他の入居者に迷惑をかける恐れがあるとき 利用料等の支払いを怠って、その滞納期間が2か月を超えたとき等 | |
| | 解約予告期間 | 1ヶ月 | |
| 入居者からの解約予告期間 | 退去予定日の属する前月の末日までに退去届を提出し、その退去届に記載された退去予定日をもって本契約を解除することとなる。 | | |
| 体験入所の内容 | ① あり (内容： 原則として2泊3日まで。1泊4,400円 (食事代含む)) 2 なし | | |
| 入居定員 | 50 人 | | |
| その他 | | | |

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること(同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません)。

(職種別の職員数)

| | 職員数 (実人数) | | | 常勤換算人数 ※1※2 |
|--------|-----------|----|-----|----------------|
| | 合計 | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 生活相談員 | 2 | 2 | 0 | 1.0 |
| 直接処遇職員 | 34 | 25 | 9 | 26.9 |
| 介護職員 | 30 | 22 | 8 | 23.7 |
| 看護職員 | 4 | 3 | 1 | 3.2 |

| | | | | |
|---|---|---|------|-----|
| 機能訓練指導員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 計画作成担当者 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| 栄養士 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 調理員 | 5 | 4 | 1 | 4.7 |
| 事務員 | 1 | 1 | 0 | 1.0 |
| その他職員 | 0 | 0 | 0 | 0.0 |
| 1週間のうち、常勤の従業員が勤務すべき時間数 ^{※2} | | | 40時間 | |
| <p>※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業員の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業員の人数を常勤の従業員の人数に換算した人数をいう。</p> <p>※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。</p> | | | | |

(資格を有している介護職員の人数)

| | 合計 | | 非常勤 |
|-----------|----|----|-----|
| | | 常勤 | |
| 社会福祉士 | 3 | 3 | 0 |
| 介護福祉士 | 23 | 18 | 5 |
| 実務者研修の修了者 | 2 | 1 | 1 |
| 初任者研修の修了者 | 4 | 1 | 3 |
| 介護支援専門員 | 5 | 5 | 1 |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

| | 合計 | | 非常勤 |
|-------------|----|----|-----|
| | | 常勤 | |
| 看護師又は准看護師 | 0 | 0 | 0 |
| 理学療法士 | 1 | 1 | 0 |
| 作業療法士 | 0 | 0 | 0 |
| 言語聴覚士 | 0 | 0 | 0 |
| 柔道整復師 | 0 | 0 | 0 |
| あん摩マッサージ指圧師 | 0 | 0 | 0 |
| はり師 | 0 | 0 | 0 |
| きゅう師 | 0 | 0 | 0 |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

| 夜勤帯の設定時間 (20時30分～6時30分) | | |
|---------------------------|------|-----------------|
| | 平均人数 | 最少時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員 | 0人 | 0人 |
| 介護職員 | 2人 | 2人 |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※ 【表示事項】 | a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 ① d 3 : 1 以上 |
| | 実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 2 : 1 |

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

| | | |
|---|------------|---|
| 外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制 (外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | ホームの職員数 | 人 |
| | 訪問介護事業所の名称 | |
| | 訪問看護事業所の名称 | |
| | 通所介護事業所の名称 | |

(職員の状況)

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|-----------|------|-------|-----|---------|-----|---------|-----|---|
| 管理者 | 他の職務との兼務 | | ① あり 2 なし | | | | | | | | |
| | 業務に係る資格等 | | ① あり | | | | | | | | |
| | 資格等の名称 | 介護福祉士、介護支援専門員 | | 2 なし | | | | | | | |
| | 看護職員 | | 介護職員 | | 生活相談員 | | 機能訓練指導員 | | 計画作成担当者 | | |
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 | |
| 前年度1年間の採用者数 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 前年度1年間の退職者数 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 応業 じ務 たに 職従 員事 のし 人た 数経 験 年 数に | 1年未満 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 1年以上 3年未満 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 3年以上 5年未満 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5年以上 10年未満 | 0 | 0 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 10年以上 | 3 | 1 | 16 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | 従業者の健康診断の実施状況 | ① あり 2 なし | | | | | | | | | |

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

| | | |
|----------------------------|--|--|
| 居住の権利形態 【表示事項】 | ① 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式 | |
| 利用料金の支払い方式 【表示事項】 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 ③ 月払い方式 | |
| | 4 選択方式 ※該当する方式をすべて選択 | 1 全額前払い方式 2 一部前払い・一部月払い方式 3 月払い方式 |
| 年齢に応じた金額設定 | 1 あり ② なし | |
| 要介護状態に応じた金額設定 | ① あり 2 なし | |
| 入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額 | |
| 利用料金 の改定 | 条件 | 経済事情の変動、公租公課の増額、近隣の同業種の利用料との比較等によって著しく不相当となった時 |
| | 手続き | 1か月前に利用者に通知し、協議の上、利用料等を改定する。 |

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

| | | プラン1 | プラン2 | |
|------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|----------------------------------|
| 入居者の状況 | 要介護度 | 自立 | 要介護1 | |
| | 年齢 | 70 歳 | 70 歳 | |
| 居室の状況 | 床面積 | 13 m ² | 13 m ² | |
| | 便所 | ① 有 2 無 | ① 有 2 無 | |
| | 浴室 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| | 台所 | 1 有 ② 無 | 1 有 ② 無 | |
| 入居時点で必要な費用 | 前払金 | 0 円 | 0 円 | |
| | 敷金 | 0 円 | 0 円 | |
| 月額費用の合計 | | 157,400+消費税 円 | 173,540 円 | |
| 家賃 | | 70,000 円 | 70,000 円 | |
| サービス費用 | 特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用 | | 0 円 | 16,260 円 (30日、1割負担の場合、各種加算除く) |
| | 2 介護保健外 [※] | 食費 | 44,400+消費税 円 | 44,400 円 |
| | | 管理費 | 43,000 円 | 43,000 円 |
| | | 介護費用 | 実費負担 | 実費負担 |
| | | 光熱水費 | 実費負担 | 実費負担 |

| | | | |
|--|-----|---|---|
| | その他 | 円 | 円 |
| ※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。 ※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない） | | | |

(利用料金の算定根拠)

| 費目 | 算定根拠 |
|---------------------|------------------------------------|
| 家賃 | 月額70,000円 |
| 敷金 | なし |
| 介護費用 | 実費負担 |
| 管理費 | 居室の水道代及び共用部分の光熱水費。施設設備の点検・維持・管理費用。 |
| 食費 | 1日1,480円（内訳 朝食310円・昼食640円・夕食530円） |
| 光熱水費 | 居室の電気代は実費負担。 |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用 | 別添2 |
| その他のサービス利用料 | |

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠)※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

| 費目 | 算定根拠 |
|--|--|
| 特定施設入居者生活介護※に対する自己負担 | 介護報酬告示上の額とし、「介護保険負担割合証」に記載された負担割合を乗じた額とする。 |
| 特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乘せサービス） | なし |
| ※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。 | |

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| 算定根拠 | |
| 想定居住期間（償却年月数） | ヶ月 |
| 償却の開始日 | 入居日 |
| 想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額） | 円 |
| 初期償却率 | % |
| 返還金の算定方法 | 入居後3月以内の契約終了 |
| | 入居後3月を超えた契約終了 |
| 前払金の保全先 | 1 連帯保証を行う銀行等の名称 |
| | 2 信託契約を行う信託会社等の名称 |
| | 3 保証保険を行う保険会社の名称 |
| | 4 全国有料老人ホーム協会 |
| | 5 その他（名称： ） |

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

| | | | |
|-------|------------|----|---|
| 性別 | 男性 | 13 | 人 |
| | 女性 | 37 | 人 |
| 年齢別 | 65歳未満 | 0 | 人 |
| | 65歳以上75歳未満 | 1 | 人 |
| | 75歳以上85歳未満 | 8 | 人 |
| | 85歳以上 | 41 | 人 |
| 要介護度別 | 自立 | 0 | 人 |
| | 要支援1 | 1 | 人 |
| | 要支援2 | 5 | 人 |
| | 要介護1 | 7 | 人 |
| | 要介護2 | 8 | 人 |
| | 要介護3 | 13 | 人 |
| | 要介護4 | 10 | 人 |
| | 要介護5 | 6 | 人 |
| 入居期間別 | 6ヶ月未満 | 10 | 人 |
| | 6ヶ月以上1年未満 | 4 | 人 |
| | 1年以上5年未満 | 25 | 人 |
| | 5年以上10年未満 | 10 | 人 |
| | 10年以上15年未満 | 1 | 人 |
| | 15年以上 | 0 | 人 |

(入居者の属性)

| 費目 | 算定根拠 | |
|---------|------|---|
| 平均年齢 | 90.6 | 歳 |
| 入居者数の合計 | 50 | 人 |
| 入居率※ | 100 | % |

※ 入居者数の合計を入居定員で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

| | | | |
|---------|--------|----|---|
| 退去先別の人数 | 自宅等 | 0 | 人 |
| | 社会福祉施設 | 0 | 人 |
| | 医療機関 | 2 | 人 |
| | 死亡者 | 13 | 人 |
| | その他 | 0 | 人 |

| | | | |
|---------|----------|--------------------------------------|---|
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) 入院期間が2か月を超え、復帰の目途が立たないため | |
| | 入居者側の申し出 | 0 | 人 |
| | | (解約事由の例) 自宅や他施設へ住み替え等 | |

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況)※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

| | | |
|----------|-------|--------------------|
| 窓口の名称 | | 生活相談員 |
| 電話番号 | | 0866-94-5051 |
| 対応している時間 | 平日 | 9:00~18:00 |
| | 土曜 | 9:00~18:00 |
| | 日曜・祝日 | なし |
| 定休日 | | 日曜・祝日及び12月31日~1月3日 |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

| | | |
|------------------------------|------|---|
| 損害賠償責任保険の加入状況 | ① あり | (その内容) あいおいニッセイ同和損害保険 |
| | 2 なし | |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した時の対応 | ① あり | (その内容) 速やかに市町村、入居者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます |
| | 2 なし | |
| 事故対応及びその予防のための指針 | ① あり | 2 なし |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

| | | | |
|---------------------------------|------|--------|-----------|
| 利用者アンケート調査、意見等利用者の意見等を把握する取組の状況 | ① あり | 実施日 | |
| | | 結果の開示 | ① あり 2 なし |
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実施日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | ② なし | | |

9. 入居希望者への事前の情報開示

| | |
|----------|---------------------------------------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 管理規程 | ① 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない |
| 事業収支計画書 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |
| 財務諸表の原本 | 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 ③ 公開していない |

10. その他

| | | |
|--|---|--------------|
| 運営懇談会 | ① あり | (開催頻度) 年 2 回 |
| | 2 なし | |
| | 1 代替措置あり | (内容) |
| | 2 代替措置なし | |
| 提携ホームへの移行 【表示事項】 | 1 あり (提携ホーム名:) | |
| | ② なし | |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出 | ① あり 2 なし | |
| | 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第23条の規定により届出が不要 | |
| 高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録 | 1 あり ② なし | |

| | |
|--|--|
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針「5. 規模及び構造設備」 に合致しない事項 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし |
| 合致しない事項がある場合 の内容 | |
| 「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性 | 1 適合している（代替措置） 2 適合している（将来の改善計画） 3 適合していない |
| 有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項 | 1 あり <input checked="" type="radio"/> 2 なし |
| 不適合事項がある場合の内 容 | |

備考

虐待の防止等

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備すること。
- (3) 介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施すること。
- (4) (3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- (5) 虐待を発見した職員は、速やかに市町村に報告し、職員には市町村の通報先を周知すること。

非常災害対策

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う。防火管理者は、施設職員に対して防火教育、消防訓練を実施する。

- ① 防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・・・・・・年2回以上
（うち1回は夜間を想定した訓練を行う）
- ② 非常災害用設備の使用法の徹底・・・・・・・・・・・・・随時

その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとる。

業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開をはかるための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする

- (1) 事業所は、当施設職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。
- (2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類 | | | 事業所の名称 | 所在地 |
|----------------------|----|----|-----------------------|--------------|
| < 居宅サービス > | | | | |
| 訪問介護 | あり | なし | | |
| 訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 訪問看護 | あり | なし | いずみ訪問看護ステーション | 総社市小寺995番地の1 |
| 訪問リハビリテーション | あり | なし | いずみ訪問リハビリ | 総社市小寺995番地の1 |
| 居宅療養管理指導 | あり | なし | 泉クリニック | 総社市小寺995番地の1 |
| 通所介護 | あり | なし | | |
| 通所リハビリテーション | あり | なし | 泉リハビリセンター | 総社市小寺995番地の1 |
| 短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 短期入所療養介護 | あり | なし | 泉リハビリセンター | 総社市小寺995番地の1 |
| 特定施設入居者生活介護 | あり | なし | いずみの里 | 総社市泉1番地213 |
| 福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定福祉用具販売 | あり | なし | | |
| < 地域密着型サービス > | | | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | あり | なし | | |
| 夜間対応型訪問介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型通所介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | みんなの家いずみ みんなの家そよかぜ | 総社市小寺995番地の1 |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | あり | なし | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | あり | なし | | |
| 看護小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 居宅介護支援 | あり | なし | 泉介護支援センター | 総社市小寺995番地の1 |
| < 居宅介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防訪問入浴介護 | あり | なし | | |
| 介護予防訪問看護 | あり | なし | いずみ訪問看護ステーション | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防訪問リハビリテーション | あり | なし | いずみ訪問リハビリ | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防居宅療養管理指導 | あり | なし | 泉クリニック | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防通所リハビリテーション | あり | なし | 泉リハビリセンター | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防短期入所生活介護 | あり | なし | | |
| 介護予防短期入所療養介護 | あり | なし | 泉リハビリセンター | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防特定施設入居者生活介護 | あり | なし | いずみの里 | 総社市泉1番地213 |
| 介護予防福祉用具貸与 | あり | なし | | |
| 特定介護予防福祉用具販売 | あり | なし | | |
| < 地域密着型介護予防サービス > | | | | |
| 介護予防認知症対応型通所介護 | あり | なし | | |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護 | あり | なし | | |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | あり | なし | みんなの家いずみ みんなの家そよかぜ | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護予防支援 | あり | なし | | |
| < 介護保険施設 > | | | | |
| 介護老人福祉施設 | あり | なし | | |
| 介護老人保健施設 | あり | なし | 泉リハビリセンター | 総社市小寺995番地の1 |
| 介護療養型医療施設 | あり | なし | | |
| 介護医療院 | あり | なし | | |
| < 介護予防・日常生活支援総合事業 > | | | | |
| 訪問型サービス | あり | なし | | |
| 通所型サービス | あり | なし | | |
| その他生活支援サービス | あり | なし | | |

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無 | なし | | | | | あり | | |
|----------------------------------|------------------------|----|----------------------------|----|------|------|------|----------------------------------|
| | 特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス | | 個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担） | | 包含※2 | 都度※2 | 料金※3 | 備考 |
| 介護サービス | | | | | | | | |
| 食事介助 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 排泄介助・おむつ交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| おむつ代 | | | なし | あり | | ○ | | おむつ代として実費。 |
| 入浴（一般浴）介助・清拭 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 週に2回を超える入浴 2,000円/30分 4,000円/1時間 |
| 特浴介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 週に2回を超える入浴 2,000円/30分 4,000円/1時間 |
| 身辺介助（移動・着替え等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 機能訓練 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 通院介助 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 協力医療機関は無料。それ以外は2,000円/30分+タクシー代。 |
| 生活サービス | | | | | | | | |
| 居室清掃 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| リネン交換 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 日常の洗濯 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 委託先料金に準ずる。 |
| 居室配膳・下膳 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入居者の嗜好に応じた特別な食事 | | | なし | あり | | | | |
| おやつ | | | なし | あり | | | | |
| 理美容師による理美容サービス | | | なし | あり | | ○ | | 委託先料金に準ずる。 |
| 買い物代行 | なし | あり | なし | あり | | ○ | | 2,000円/30分+タクシー代。（総社市内のみ） |
| 役所手続き代行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 金銭・貯金管理 | | | なし | あり | | | | |
| 健康管理サービス | | | | | | | | |
| 定期健康診断 | | | なし | あり | | ○ | | 定期的に機会を設ける。 |
| 健康相談 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活指導・栄養指導 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 服薬支援 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 生活リズムの記録（排便・睡眠等） | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時・入院中のサービス | | | | | | | | |
| 移送サービス | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入退院時の同行 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の洗濯物交換・買い物 | なし | あり | なし | あり | | | | |
| 入院中の見舞い訪問 | なし | あり | なし | あり | | | | |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額サービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

重要事項説明書（別添1、別添2及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4）について、担当者による説明を受け、これらを十分に理解したうえで同意します。

説明担当者 _____

令和 年 月 日

| | | |
|-----|-----|--|
| 入居者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |

| | | |
|--------------------|-----|--|
| (選代理 任した 場合) | 住 所 | |
| | 氏 名 | |

| | | |
|-------|-----|--|
| 身元保証人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |

事業者

| | | | | |
|-----|------|---------------|-----|--------------|
| 事業者 | 所在地 | 岡山県総社市泉1番地213 | | |
| | 名 称 | いずみの里 | | |
| | 代表者名 | 理事長 村上 和春 | | |
| | 電話番号 | 0866-94-5051 | FAX | 0866-94-5661 |

(別紙1)

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

1.利用者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

常設窓口 有料老人ホーム いずみの里

| | |
|----------|--------------------|
| 住所 | 総社市泉1番地213 |
| 電話番号 | 0866-94-5051 |
| 担当者 | 施設長、生活相談員 |
| 対応している時間 | 平日 9:00～18:00 |
| | 土曜 9:00～18:00 |
| | 日曜・祝日 なし |
| 定休日 | 日曜・祝日及び12月31日～1月3日 |

2.円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- (1) 苦情があった場合は、必要により当該サービスの関係者と連携を図り、迅速に対応する。
- (2) 苦情受付書に記載
- (3) 苦情への対応

利用者からのサービスに対して苦情があった場合は、次の点に留意して、迅速かつ適切に対応する。

- ①苦情の内容を十分に聞き、内容の明確化に努め、かつ利用者等に確認を求めること。
 - ②苦情の内容によって調査・対応等を要する場合は、その予定について説明するとともに、その結果をいつ頃どういう形で報告するかについて見込みを説明すること。
 - ③上記の調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後そうした問題のないよう改善策を講じること。
 - ④上記の調査及び対応の結果については、利用者等に連絡し説明すること。
 - ⑤苦情の内容が利用者の誤解等であって、調査・対応等を要しないと認められるときは、利用者等の理解が得られるよう説明に努めること。
- (4) 対応について、施設長と協議の上で決定する。
 - (5) 苦情処理について関係者との連携を行う。
 - (6) 苦情処理の改善について利用者を確認を行う。
 - (7) 苦情処理は1日以内に行われることを原則とする。
 - (8) 苦情処理についての結果等を苦情受付書に記録する。

3.その他参考事項

- (1) この苦情処理に関し、知り得た情報は、個人の人権や名誉を傷つけないよう、機密の保持を厳守する。
- (2) 苦情処理に関し、行政その他の関係する諸機関やサービス業者等との連絡調整や相談の必要が生じた場合は、あらかじめ苦情申し立て人の了解を得る。

4.当施設以外の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができる。

- ・岡山県運営適正化委員会 電話・・・086-226-9400
- ・岡山県国民健康保険団体連合会
介護保険課 電話・・・086-223-8811
- ・総社市役所 介護保険係 電話・・・0866-92-8369

(別紙2)

いずみの里 利用料

令和7年5月現在

| 内 訳 | 金 額 | 備 考 |
|-----|--------------------------------|---|
| 家 賃 | 月額 70,000 円 | 月途中の入居で、その月の入居日数が 20 日未満の場合には以下の請求を行います。*退去月は 1 月分のお支払いとなります。 1 日 2,400 円 |
| 管理費 | 月額 43,000 円 | 月途中の入居で、その月の入居日数が 20 日未満の場合には以下の請求を行います。*退去月は 1 月分のお支払いとなります。 1 日 1,500 円 |
| 食 費 | 日額 1,480 円 30 日の場合 44,400 円 | 内訳 朝食 310 円・昼食 640 円・夕食 530 円 あらかじめ届出をなされた欠食分につきましては、ご請求いたしません。欠食届は前日の午前 10 時までとします。 |

尚、特定施設入居者生活介護（介護予防特定施設入居者生活介護）でのご契約の場合には介護保険の 1～3 割の自己負担が必要です。

月額利用料（30 日の場合） 157,400 円（家賃・管理費・食費 30 日分）

（その他の費用）

電気料金（自室の使用量）

医療費・健康診断書料等実費、行事費（小旅行や観劇等の費用で参加された場合）

おしめ代別紙

（外部サービス（実費相当））

ご希望される理美容業者、洗濯業者利用料金参照

※「自立の方の場合、食費、私物洗濯代、理美容代、顔ぞり代、オシメ代が消費税課税となります。」

特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護利用料

| | 1日あたり | | | 1ヵ月（30日の場合） | | |
|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） |
| 要支援1 | 183円 | 366円 | 549円 | 5,490円 | 10,980円 | 16,470円 |
| 要支援2 | 313円 | 626円 | 939円 | 9,390円 | 18,780円 | 28,170円 |
| 要介護1 | 542円 | 1,084円 | 1,626円 | 16,260円 | 32,520円 | 48,780円 |
| 要介護2 | 609円 | 1,218円 | 1,827円 | 18,270円 | 36,540円 | 54,810円 |
| 要介護3 | 679円 | 1,358円 | 2,037円 | 20,370円 | 40,740円 | 61,110円 |
| 要介護4 | 744円 | 1,488円 | 2,232円 | 22,320円 | 44,640円 | 66,960円 |
| 要介護5 | 813円 | 1,626円 | 2,439円 | 24,390円 | 48,780円 | 73,170円 |

各種加算

| | 1ヶ月（30日の場合） | | | 備考 |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---|
| | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） | |
| 夜間看護体制加算（Ⅱ） （要支援の方除く） | 270円 | 540円 | 810円 | 自宅でのオンコールの連絡体制をとるなどし、夜間の緊急時には医療機関と連携して対応を図った場合 |
| サービス提供体制 強化加算（Ⅰ）（※1） | 660円 | 1,320円 | 1,980円 | 介護福祉士の配置基準を満たしている場合 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 360円 | 720円 | 1,080円 | 専従の機能訓練指導員が、必要な利用者ごとの個別機能訓練計画に基づき個別機能訓練を行う場合 |
| 協力医療機関連携加算 | 100円 | 200円 | 300円 | 急変時等医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保、施設から診療の求めがあった場合診療を行う体制を常時確保している場合 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40円 | 80円 | 120円 | 利用者ごとの心身の状況等の基本情報を厚生労働省に提出。またサービス提供時に情報を活用する等した場合 |
| 生産性向上推進体制加算 （Ⅱ） | 10円 | 20円 | 30円 | 介護現場における効率化の為にテクノロジー活用、それに伴う効果を示すデータの提供を行う場合 |
| 高齢者施設等感染対策 向上加算（Ⅰ） | 10円 | 20円 | 30円 | 協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応していること等 |

| | | |
|--------------------|-------------|-----------------------------------|
| 介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数×12.8% | 介護職員の安定的確保及び資質の向上の 観点から創設された加算 |
|--------------------|-------------|-----------------------------------|

（※1）介護職員の総数に占める介護福祉士の割合 70%以上、又は勤続 10 年以上介護福祉士の割合 25%以上
サービスの質の向上に資する取り組みを実施

| 退院・退所時 連携加算 （※2） | 1日あたり | | | 算定要件 |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|--|
| | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） | |
| | 30円 | 60円 | 90円 | 医療提供施設を退院・退所して 特定施設に入居する利用者を受け入れた場合 |

（※2）入居から 30 日以内に限る。要支援の方を除く。

| 退居時情報提供加算 | 1回あたり | | | 算定要件 |
|-----------|---------------|---------------|---------------|--|
| | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） | |
| | 250円 | 500円 | 750円 | 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等 1 人につき 1 回に限り算定する。 |

| 看取り介護加算（Ⅰ） （※3） | 1日あたり | | | 算定要件 |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| | 自己負担額 （1割） | 自己負担額 （2割） | 自己負担額 （3割） | |
| | 72円 | 144円 | 216円 | 死亡日以前 31 日～45 日 |
| | 144円 | 288円 | 432円 | 死亡日以前 4 日～30 日 |
| | 680円 | 1,360円 | 2,040円 | 死亡日前日及び前々日 |
| 1,280円 | 2,560円 | 3,840円 | 死亡日 | |

（※3）看取りケアを行った場合。要支援の方を除く。

看取りの対応を強化する観点から、特定施設において看取りに関する指針を定め、看取り介護を行った場合に、死亡日前の日数に応じ 45 日を上限とし算定される加算です。いずみの里では、看取り介護加算（Ⅰ）を算定します。

当施設における個人情報の利用目的

医療法人 弘友会では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【介護サービスご利用者への介護の提供に必要な利用目的】

〔介護関係事業者の内部での利用目的〕

- ・ 当該事業者が介護サービスのご利用者等に提供する介護サービス
- ・ 介護保険事務
- ・ 介護サービスのご利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、
 - 入退所等の管理
 - 会計・経理
 - 事故等の報告
 - 当該ご利用者の医療・介護サービスの向上
 - その他、当施設の管理運営業務に関する利用

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・ 当該事業者等がご利用者等に提供する介護サービスのうち、
 - 当該ご利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - 検体検査業務の委託その他業務委託
 - その他の業務委託
 - ご家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち、
 - 保険事務の委託
 - 審査支払機関へのレセプトの提出
 - 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔介護関係事業者の内部での利用に係る利用目的〕

- ・ 介護関係事業者の管理運営業務のうち、
 - 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 介護保険施設等において行われる学生の実習への協力
 - 介護保険施設等において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・ 介護関係事業者の管理運営業務のうち
 - 外部監査機関への情報提供

- ① 上記のうち、同意しがたいものがある場合には、その旨をお申し出ください。
- ② お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。
- ③ これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

(別紙4) 重度化した場合における対応に係る指針

「特定施設入居者生活介護」において重度化した場合における対応については、環境の変化を受けやすい高齢者が可能な限り継続して当施設で生活を維持できるように、日常的な健康管理を行い、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が図れるように努める。

I 日常的な健康管理

入居者の日常的な健康管理は以下の協力のもとに行うものとする。

- * 看護師による健康管理
- * 24時間連絡体制の整備

II 通常時及び急性期における連携

看護師は、主治医又は協力医療機関（泉クリニック）への連絡・調整を図る。

入居中の通常時及び急性期に対する対応は、主治医又は協力医療機関（泉クリニック）の指示に応じ受診・往診等適切に対応する。ただし、以下の場合には当施設での対応は困難である。

主治医又は協力医療機関（泉クリニック）より医療機関への入院による対応が必要であると診断され、当施設での対応が主治医又は協力医療機関（泉クリニック）医師より困難である指示を受けた場合。

III 入院中の取り扱い

入居者の入院中の取り扱いについては、家賃および管理費の支払いが生じる。食費は入居者が不在となる間（入院初日及び帰所日を除く）は請求を行わない。

IV 受診について

協力医療機関への受診は原則当施設の職員が行う。ただし、協力医療機関以外の医療機関への受診に対する付き添い援助は原則当施設の職員は行えない。（緊急搬送を除く）医療機関への受診に対する医療保険の費用は原則入居者の負担となる。

V 協力医療機関

- 泉クリニック
- たんぼぼ歯科クリニック

VI 看取りに関して

別紙、看取りに関する指針に基づく