指定介護老人福祉施設

特別養護老人ホームつまま園

重要事項説明書

当つまま園はご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当サービスの利用は、原則として、要介護認定の結果「要介護３～５」と認定された方が対象となります。

社会福祉法人　ひみ福祉会

(2026.8.1)

1．事業者

事業者の名称	社会福祉法人　ひみ福祉会（認可：昭和61年8月1日・厚生省社第689号）
事業者の所在地	富山県氷見市柳田字諏訪野３８９２番地の１
代表者名	理事長　清水　幸雄
設立年月日	昭和60年８月２６日
電話番号	０７６６－９１－２６２７

2．ご利用施設

施設の種類		指定介護老人福祉施設（平成１２年４月１日指定・県1670500089号）
施設の目的		介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じて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、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。 当施設は、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。
施設の運営方針		①利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。 ②利用者及びその家族のニーズを的確に捉え、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。 ③利用者にサービス内容等を説明し、利用者の同意をもってサービスを提供する。 ④適切な介護技術をもってサービスを提供する。 ⑤常に、提供したサービスの質の管理、評価を行う。
施設の名称		特別養護老人ホームつまま園
施設の所在地		富山県氷見市阿尾４１０番地
施設長(管理者)名		坂　本　　博　之
開設年月日		平成４年３月３０日
入所定員		５０名
電話番号		０７６６－７２－４１６５　fax　０７６６－７２－２６９５
建物	構造	鉄筋コンクリート造平屋
	面積 （ユニット型含む）	敷地面積　9612.57㎡　・　延べ床面積　5783.16㎡
併設する事業		・短期入所生活介護事業（定員１０名）　・通所介護事業（定員４０名） ・特別養護老人ホームつまま園　たぶの里(定員３０名）・居宅介護支援事業 ・短期入所生活介護事業（たぶの里　定員１０名）

3．居室の概要

（1） 居室等の概要

＊当施設では、以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、個室など他の種類への入居を希望される場合は、その旨を申し出下さい。ただし、ご契約者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

居室の種類	室　数	備　　考
1人部屋（個室）	6	1人当たり　14.60㎡
2人部屋（多床室）	3	〃　(A)10.01㎡ (B)10.80㎡
4人部屋（多床室）	12	〃　(A) 8.83㎡ (B) 8.76㎡
合　　計	21	
食　堂	1	
一般浴室	1	
特別浴室	1	臥位式ミスト入浴装置
医務室	1	兼静養室
機能訓練室	1	

＊短期入所生活介護居室も含みます。

（2）居室の変更

＊ご契約者からの居室の変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご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。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

（3）その他、共用設備等

＊パブリックスペースとして,ご契約者の方のご希望等により次の設備等をご利用することができます。

室　名	室数	備　　考
地域交流室	1	日本庭園を眺めながらの憩いの空間です。
喫茶コーナー	1	コーヒー等の飲み物がご用意できます。
家族宿泊室	1	家族の方と共に宿泊できる設備もあります。（利用にあたっては、事前に申込みが必要となります。）

4．職員体制（指定基準上の職員）

ご契約者に対して指定介護老人福祉施設サービスを提供する職員として、指定基準を遵守し、併設する短期入所生活介護事業とあわせて、以下の職員数を下回らないように配置しています。

（1）ユニット型（たぶの里）と兼任職員

職　　種	職員数	事業者の指定基準	備　　考
施設長（管理者）	1名	1名	
生活相談員	1名	1名	
栄養士 又は 管理栄養士	1名	1名	
事務員	1名	1名	
機能訓練指導員	1名	1名	
医師	1名		（非常勤）

（2）従来型専任職員

職　　種	職員数	事業者の指定基準	備　　考
介護職員 又は 看護職員	20名	3：1 20名	介護福祉士10名以上
介護支援専門員	1名	1名	

（主な職種の勤務体制）

職　　種	勤　務　体　制
介護職員 看護職員	◎早　番（ 7:15～16:15） 標準配置人員 4名 ◎遅　番（10:00～19:00） 〃 5名 ◎夜　勤（19:30～ 8:30） 〃 2名
介護支援専門員	8：15～17：15（週5日勤務）
機能訓練指導員	8：15～17：15（週5日勤務）
生活相談員	8：15～17：15（週5日勤務）
栄養士 又は 管理栄養士	8：15～17：15（週5日勤務）
医　師	毎週月曜日・金曜日2回（13:00～15:00） ＊緊急時対応

◎勤務時間等は、標準的な時間帯であり、勤務シフトにより上記と異なる場合があります。

5．提供サービスと利用料金

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第３条、第5条・参照）

＊以下のサービスについては利用料金の大部分が介護保険から給付され、その給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いただきます。※介護保険負担割合証に基づきます。

【サービスの概要】

種　類	内　容	利用料
①食　事 *食費は、介護保険給付対象外です	・管理栄養士により、栄養とご利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事管理等を行います。 ・ご利用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けるよう配慮します。 （食事時間） 朝食7:30～　昼食11:30～　夕食17:30～ ＊食事時間、場所については、ご希望により対応します。	介護報酬の告示上の額 （契約書第５条参照） ↓ 別紙**「料金表」**参照
②排　泄	・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立にむけて適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、ご利用者の排泄ペースに合わせた交換を行います。	
③入　浴	・週2回の入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は寝台浴槽を使用して入浴することができます。	
④機能訓練	・機能訓練指導員により、ご利用者の身体の状況に応じた機能訓練を行い、生活機能の維持、改善に努めます。	
⑤健康・口腔衛生管理	・嘱託医師、看護職員により健康管理を行います。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に引継ぎます。 ・ご利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。	
⑥相談援助	・ご利用者及びそのご家族からの相談について、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うようつとめます。	
⑦自立への援助	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・生活リズムを考え、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。 ・その他、日常生活動作能力に応じて必要な援助を行います。	

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載しサービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象外サービス（契約書第４条、第5条・参照）

以下のサービスについては、利用料金の全額がご契約者又は代理人の負担となります。

〔サービスの概要と利用料金〕

種　類	内　容	利用料
①特別な食事	ご契約者の希望される特別な食事を提供します。（お酒、ビールを含みます。）	個人に要した実費
②食　費	食材と調理に係る費用（1日3食）	料金表参照
③居住費	光熱水費、室料相当の額	料金表参照
④理　髪	毎月2回、理容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。	個人に要した実費
⑤小口現金の管理	日用品の購入や緊急時の出費について、小口現金にて支払わせていただきます。 （原則として10,000円を上限に管理）	1ヶ月あたり 300円
⑥貴重品の管理	ご契約者又は代理人の希望により、貴重品管理サービスをご利用いただけます。 （預金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書等） なお、小口現金の管理も含みますので、〔⑤小口現金の管理〕における費用は重複していただきません。	1ヶ月あたり 1,000円
⑦複写物の交付	ご契約者又は代理人はサービス提供の記録をいつでも閲覧できます。複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。	1枚につき 10円
⑧日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活用品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者又は代理人にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。ただし、おむつ代は介護保険給付対象ですので、ご負担の必要はありません。	個人に要した実費

⑨ 契約者又は代理人は、契約終了日までに居室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る所定の料金を事業者に対し支払うものとします。

※ご契約者又は代理人にご負担いただくサービスについては、事前に連絡し、ご契約者又は代理人の了解を得たものを提供します。

（3）利用料金の支払い方法

前記１、２の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。1ヵ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。

ア、窓口での現金支払い

イ、下記指定口座への振込み

・北陸銀行氷見支店　普通預金　2751310

ウ、金融機関口座からの自動引き落とし

・口座振込依頼書（当園に有ります）のご提出をお願いします。

※口座引き落とし手数料、振込み手数料は、ご契約者又は代理人のご負担となります。

（4）入所中の医療の提供

医療を必要とする場合は、原則として当園の嘱託医が診察いたします。さらに精検や入院治療が必要となった場合は、下記医療機関において診療等を受けることができます。ただし、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものでありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。

協力医療機関の名称	診療科	住　所	電　話
加藤医院	内科・外科	氷見市北大町11-11	0766-72-0608
金沢医科大学 氷見市民病院	総合	氷見市鞍川1130	0766-74-1900
中村記念病院	総合	氷見市島尾825	0766-91-1307
しん川歯科医院	歯科	氷見市北大町13-31	0766-74-1919

6．退所（契約終了）

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、契約書第14条の事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

しかし、以下の申し出により契約を解除できる又は退所していただく場合があります。

（1）ご契約者からの退所の申し出（契約書第15条、第16条・参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から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30日前までに申し出下さい。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、退所することができます。

①介護給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②施設の管理規程の変更に同意できない場合
③ご契約者が入院された場合
④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由がなく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しなかった場合
⑤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
⑥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
⑦他の利用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

（2）事業者からの申し出により退所していただく場合（契約書第17条・参照）

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。

①ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等について、故意にこれを告げないで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
②ご契約者による、サービス利用料金の支払が3ヵ月以上遅延し、相当期間定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
③ご契約者が、故意又は過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・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を生じさせた場合
④ご契約者が連続して3ヵ月を超えて病院又は診療所に入院すると見込まれる場合もしくは入院した場合
⑤ご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
⑥ご契約者又は代理人によるハラスメントがあった場合、第 17 条 2 項各号に記載したハラスメント行為及びそれに類する行為がなされ、事業者がその是正を求め、事業者として取りうる防止策を講じても、ご契約者又はその代理人によるハラスメント行為がやまず、当事者間の信頼関係が失われるに至った場合
⑦その他、ご契約者又は代理人によって、本契約を継続することが難しいほどの背信行為がおこなわれた場合

（3）ご契約者が病院等に入院された場合（契約書第19条・参照）

①検査入院等、短期入院の場合	1ヶ月につき6日以内（連続して7泊、入院月から翌月にまたがる場合は12泊）の短期入院の場合は、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院期間中であっても入院・外泊時加算〔1日あたり246円〕と居住費相当額〔利用料金表参照〕はご負担いただきます。
②上記の期間（7日）を超える場合	3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院7日目以降(複数の月にまたがる場合は13日目以降)においても居住費相当額〔利用料金表参照〕をご負担いただきます。 ※　減免対象者の方については、それぞれの段階に応じた居住費相当額をご負担いただきます。なお、入院中の空きベッドについては、短期入所生活介護の利用者に使用させていただく場合があります。この場合、空きベッドの利用については事前に同意をいただくこととし、短期入所生活介護利用日数分の居住費相当額のご負担はありません。 また、入院予定期間より早く退院された場合等、退院時に受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。
③3ヵ月以内の退院が見込まれない場合	契約を解除する場合があります。 この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

ご契約者が一時的に自宅等に外泊された場合（契約書第22条・参照）
ご契約者は、事業者の同意を得た上で、連続して7泊以内の外泊ができますので、事前の届け出をお願いします。
その際の取り扱いについては、前記の3の①（短期入院した場合）と同様になりますので、ご参照下さい。

（4）円滑な退所のための援助（契約書第18条・参照）
ご契約者が施設を退所する場合には、ご契約者の希望により、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助をご契約者に対して速やかに行います。

①適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介
②居宅介護支援事業者の紹介
③その他保健医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介

7．代理人等について（契約書第22条参照）

（1）施設では、契約締結に当たり、代理人、連帯保証人及び残置物引取人の設定をお願いしています。
① 代理人は、ご契約者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。ただし、事業者と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができます
③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。

（2）代理人の職務は、次の通りとします。
① ご契約者に代わって又はご契約者とともに、契約書に定める同意又は要請、解約・解除の意思表示及び手続き、その他ご契約者を代理して行う意思表示、施設の意思表示や報告・通知の受領、施設との協議等を行うこと。
② ご契約者を代理して、又はご契約者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。

（3）連帯保証人の職務は次の通りとします。
ご契約者と連帯して、本契約から生じるご契約者の債務を負担すること。

（4）身元保証人の職務は、次の通りとします。
利用契約が終了した後、施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。なお、入所契約締結時に「身元保証人」が定められない場合であっても、入所契約は締結することができます。

（5）連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。
①連帯保証人の負担は、極度額100万円を限度とします。
②連帯保証人が負担する債務の元本は、ご契約者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
③施設は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、ご契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
④連帯保証人が死亡又は破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、ご契約者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

8．苦情の受付（契約書第24条・参照）

（1）当施設における苦情の受付

苦情受付責任者	施設長…坂本博之
第三者委員	野の草会　理事長…永田徳一
苦情受付担当者	寺山亜矢(生活相談員)、河原博樹(総務部長)
利用時間	8:15～17:15 （通常　毎週月曜日～金曜日）
利用方法	面接・電話(72－4165)・意見箱（正面玄関受付ｶｳﾝﾀｰに設置）

当施設に対する苦情は面接、電話、意見箱、書面により苦情受付担当者が受け付けます。

受け付けた苦情を「苦情・意見記録表」に記入し関係職員に報告し、苦情受付担当者が主となり、苦情申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言を求めることができます。

苦情申出人に改善を約束した事項については、一定期間後その結果を報告します。

（2）その他苦情受付機関

機　関　名	住　　所	電　話
氷見市福祉介護課介護保険担当	氷見市鞍川1060番地	0766－74－8066
国民健康保険団体連合会	富山市下野字豆田995番地の3	076－431－9833
富山県福祉サービス運営適正化委員会	富山市安住町5番地の21	076－432－3280

9．事故発生時、緊急時の対応方法

（1）サービス利用時において、ご契約者に病状の急変又は事故等が生じた場合は、速やかにご家族や代理人、当園嘱託医又は「医療の提供」に記載してある協力医療機関へ連絡する等、必要な対応を行います。

（2）事故の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

① 事故発生の防止のための指針の整備
②事故が発生又は事故に至る危険性が生じた場合、その事実と分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制の整備
③事故発生の防止のための定期的な委員会の開催及び研修の実施
④事故発生の防止を適切に実施するための担当者の選定

（3）ご契約者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに、保険者、代理人等関係諸機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

（4）前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

10. 衛生管理

（1）施設介護に使用する備品等を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、常に衛生管理に十分留意します。
（2）感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないよう次の措置を講じます。

① 感染症の予防及びまん延防止のための指針の整備
② 感染症の予防及びまん延防止の対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③ 感染症の予防及びまん延防止のための定期的な研修及び訓練の実施
④ その他、「厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順」に沿った対応

11. 虐待の防止

ご契約者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講じます。

①虐待防止のための指針の整備
②虐待防止の対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③虐待防止のための定期的な研修の実施
④虐待防止を適切に実施するための担当者の選定

12. 身体的拘束

（1）ご契約者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない身体的拘束を行う場合は、身体的拘束廃止委員会で身体的拘束をせざるを得ない切迫性、非代替性、一時性等の要件をすべて満たしている状態であることを協議した上で、ご契約者又はそのご家族に対し身体的拘束せざるを得ない事情を説明し、身体的拘束に関する同意書に同意を得るものとします。
（2）身体的拘束の適正化を図るため、次の措置を講じます。

①身体拘束の適正化のための指針の整備
②身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会の開催とその結果を職員に周知徹底する体制の整備
③身体拘束の適正化のための定期的な研修の実施

13. 非常災害対策

（1）介護老人福祉施設サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員はご契約者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。
（2）非常災害に備え、定期的に避難訓練を行います。
（3）事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
（4）防災設備（次表参照）については、消防法により適正な機器等を設置します。

主な防災設備	自動通報システム、スプリンクラー、温度感知器、煙感知器 屋内消火栓、消化器等設置

14. 業務継続計画の策定等

（1）感染症や非常災害の発生時において、ご契約者に対する介護老人福祉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図るための計画（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ます。
（2）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に実施します。
（3）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います。

15. 損害賠償（契約書第11条、第12条・参照）

当施設において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。
ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失があると認められた場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

16. ハラスメント対応（契約書第10条、第17条参照）

事業者は、「職員が安心できる職場でなければ、ご契約者又は代理人の皆様に信頼されるサービスを提供できない」と考えています。そのため、事業所内外の関係者及びご契約者又は代理人によるハラスメント行為には厳正に対応してまいります。

（1）「ハラスメント防止対策に関する基本方針」策定して職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指しています。

（2）ご契約者及び代理人が事業所の職員に対して以下のハラスメント行為をおこなった場合には、契約解除・損害賠償請求も含めて厳正に対応します。
① 暴行　② 暴言　③ 威嚇　④ 誹謗中傷　⑤ セクハラ
⑥ 過度な要求　⑦ プライバシー侵害
⑧その他、上記に類する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

17. ご契約者の意見等を把握する取組、第三者評価実施の有無

アンケート調査、意見箱設置等意見を把握する取組			あり
第三者評価の実施	なし	アンケート調査等 の結果の公表	あり

重 要 事 項 説 明 書【付記】

特別養護老人ホームつまま園

栄養マネジメント強化加算（加算　11単位／日）

低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察を週3回以上行い、栄養状態等を踏まえた食事の調整等を実施しています。

個別機能訓練加算Ⅰ（加算　12単位／日）

当施設では、作業療法士等によりご利用者の身体機能の維持・回復にむけて機能訓練を行います。

・機能訓練指導員　1名（常勤専従）

『機能訓練計画の作成』

ご利用者ごとに生活自立度に関する解決すべき課題を把握し、関係職員が共同して取り組むべき事項等を記載した機能訓練計画を作成します。作成した機能訓練計画書については、ご利用者又はご家族にその内容を説明し、同意を得ることとします。

看護体制加算（加算　12単位／日）

当施設では、ご利用者の重度化に対応して、次のとおり看護体制等を整備しています。

1．看護職員の配置状況

・看護師　　1名（常勤、ユニット型兼務）

・准看護師　2名（常勤換算）

2．24時間連絡体制

看護職員が夜間等、不在時でも連絡体制を定めて、必要に応じ緊急の呼び出しにより出勤対応する体制をとっています。看取りや緊急対応の際には協力医療機関と連携して対応に当たります。

夜間職員配置加算（加算　28単位／日）

当施設では、ご利用者への十分なケア体制を整えるために、夜間帯において基準より手厚い職員数とともに喀痰吸引等の実施できる介護職員を配置しています。

日常生活継続支援加算（加算　36単位／日）

当施設では、痰の吸引等が必要な方の占める割合が15％以上、又は新規入居者のうち、日常生活自立度ランクⅢ以上に該当する入居者の割合が65％以上である事業者として県に届け出をしています。

サービス提供体制強化加算（加算　22単位／日）

当施設では、10年以上勤務している介護福祉士を全介護職員の35％以上配置しています。

※職員の配置条件等により、日常生活継続支援加算、または、サービス提供体制強化加算のどちらかの加算を、月ごとに算定させていただきます。

【別紙1】

介護老人福祉施設利用料金表（令和8年8月1日より）

特別養護老人ホームつまま園

1．介護保険給付対象サービス費

①介護（基本）サービス費…ご利用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の額を除いた金額【自己負担額分】をお支払い下さい。

【従来型個室を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710
栄養マネジメント強化加算	110	110	110	110	110
機能訓練加算	120	120	120	120	120
看護体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	280	280	280	280	280
日常生活継続支援加算	360	360	360	360	360
計	6,880	7,580	8,310	9,010	9,700
自己負担額（1割分）	688円	758円	831円	901円	970円
自己負担額（2割分）	1,376円	1,516円	1,662円	1,802円	1,940円
自己負担額（3割分）	2.064円	2,274円	2,493円	2,703円	2,910円

【多床室を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	5,890	6,590	7,320	8,020	8,710
栄養マネジメント強化加算	110	110	110	110	110
機能訓練加算	120	120	120	120	120
看護体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	280	280	280	280	280
日常生活継続支援加算	360	360	360	360	360
計	6,880	7,580	8,310	9,010	9,700
自己負担額（1割分）	688円	758円	831円	901円	970円
自己負担額（2割分）	1,376円	1,516円	1,662円	1,802円	1,940円
自己負担額（3割分）	2.064円	2,274円	2,493円	2,703円	2,910円

【ユニット型個室（たぶの里）を利用した場合】　（1日当たり：円）

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護サービス費	6,700	7,400	8,150	8,860	9,550
栄養マネジメント強化加算	110	110	110	110	110
機能訓練加算	120	120	120	120	120
看護体制加算	120	120	120	120	120
夜間職員配置加算	210	210	210	210	210
日常生活継続支援加算	460	460	460	460	460
計	7,720	8,420	9,170	9,880	10,570
自己負担額（1割分）	772円	842円	917円	988円	1,057円
自己負担額（2割分）	1,544円	1,684円	1,834円	1,976円	2,114円
自己負担額（3割分）	2,316円	2,526円	2,751円	2,964円	3,171円

※上記加算の他、介護職員等処遇改善加算として、全てのご利用者の方に各個人の1ヵ月の介護報酬総単位数×17.6%分をご負担いただきます。

②その他のサービス加算…該当する方は【介護保険負担割合証に基づく金額】をお支払い下さい。
※下記の表は、自己負担額が1割の方について記載してありますので、2割の方は倍額、3割の方は3倍の額となります。

	内　　容		自己負担額（1割分）
初期加算	新規入所から30日間（病院に30日以上入院し、再び入所した場合も）		30円／日
経口移行加算	医師等の指示を受けた管理栄養士が、経口の食事摂取を進めるため栄養管理を行ったとき（計画が作成された日から180日以内）		28円／日
経口維持加算Ⅰ	医師等の診断等により嚥下機能に配慮した経口維持計画を作成し、特別な管理を行ったとき		400円／月
経口維持加算Ⅱ	経口維持加算Ⅰにおいて行う観察、会議等に医師、歯科医師、衛生士が加わったとき		100円／月
看取り介護加算Ⅰ	医師が終末期にあると判断した方に、看取り介護を行ったとき（死亡前45日を限度）	死亡日	1，280円／日
		〃 の前日及び前々日	680円／日
		〃 以前の4日～30日間	144円／日
		〃 以前の31日～45日間	72円／日
看取り介護加算Ⅱ	医師が終末期にあると判断した方に、看取り介護を行ったとき（死亡前45日を限度）かつ、医療提供体制を整備した状態で施設内で看取った場合	死亡日	1，580円／日
		〃 の前日及び前々日	780円／日
		〃 以前の4日～30日間	144円／日
		〃 以前の31日～45日間	72円／日
療養食加算	医師の指示に基づく療養食（糖尿病食等）を提供したとき、（1日3食を限度とし1食を1回とする）		6円／回
入院・外泊時加算	入院・外泊したとき（重要事項説明書6.（3）を参照）		246円／日
若年性認知症受入加算	若年性認知症の方に個別にサービスを提供したとき		120円／日
退所前後訪問相談援助加算	在宅復帰のための相談援助を行った場合（退所前後各1回迄）		460円／回
退所時相談援助加算	退所後の居宅生活を支援するために、在宅介護支援センター等に文書で情報を提供したとき（1回迄）		400円／回
退所前連携加算	退所前に居宅生活を支援するために、居宅介護支援事業所等に文書で情報を提供し、調整を行ったとき（1回迄）		500円／回
口腔衛生管理加算	口腔衛生の管理体制を整備し、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施したとき		90円／月
口腔衛生管理加算Ⅱ	口腔衛生管理加算Ⅰの要件に加え、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、口腔衛生等の管理の実施に当たって、必要な情報を活用しているとき		110円／月
配置医師緊急時対応加算	配置医師が施設の求めに応じ、通常の勤務時間外に施設を訪問し、入所者の診療を行ったとき	早朝・夜間及び深夜を除く場合	325円／回
		早朝・夜間の場合	650円／回
		深夜の場合	1，300円／回
個別機能訓練加算Ⅱ	個別機能訓練加算Ⅰの要件に加え、内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用したとき		20円／月
個別機能訓練加算Ⅲ	個別機能訓練加算Ⅱ、口腔衛生管理加算Ⅱ、栄養マネジメント強化加算を算定し、理学療法士等が個別機能訓練計画の内容等の情報を相互に共有し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直しを行い、見直しの内容について、関係職種間で共有しているとき		20円／月
生活機能向上連携加算Ⅰ	施設外部の理学療法士等や医師から、ICTを活用した動画等により助言を受けた上で、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成等しているとき（3月に1回を限度）		100円／月
生活機能向上連携加算Ⅱ	施設外部の理学療法士等や医師から、訪問による助言を受けた上で、機能訓練指導員等が個別機能訓練計画を作成等しているとき		200円／月

生産性向上推進体制加算Ⅰ	生産性向上推進体制加算Ⅱの要件を満たし、業務改善の取組による成果が確認されており、職員間の適切な役割分担の取組等を行い、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行っているとき	100円／月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	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方策を検討する委員会を開催し、必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行い、見守り機器等を1つ以上導入し、1年に1回、業務改善の取組によるデータの提供を行っているとき	10円／月
ADL維持等加算Ⅰ	利用者の日常生活動作（ADL）の維持または改善の度合いが一定の水準を超えているとき	30円／月
ADL維持等加算Ⅱ	利用者の日常生活動作（ADL）の維持または改善の度合いが一定の水準を大幅に超えているとき	60円／月
自立支援促進加算	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、支援計画に従ったケアを実施しているとき	280円／月
排せつ支援加算Ⅰ	医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成し、支援を継続して実施しているとき	10円／月
排せつ支援加算Ⅱ	排せつ支援加算Ⅰの要件に加えて、排泄・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、又は、尿道カテーテルが抜去された、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善しているとき	15円／月
排せつ支援加算Ⅲ	排せつ支援加算Ⅰの要件に加えて、排泄・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、又は、尿道カテーテルが抜去された、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善しているとき	20円／月
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	褥瘡が認められる入所者等、又は、褥瘡が発生するリスクがある入所者等に、医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、少なくとも3月に1回、入所者等の褥瘡ケア計画を見直しているとき	3円／月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	褥瘡マネジメント加算Ⅰの要件に加えて、褥瘡の認められた入所者等について、当該褥瘡が治癒した、又は、褥瘡が発生するリスクがある入居者等について、褥瘡の発生がなかったとき	13円／月
安全管理体制加算	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とき（入所時に1回に限り算定）	20円／回
科学的介護推進体制加算Ⅰ	利用者の情報を科学的介護情報システム（LIFE）に提出してフィードバックを受け、PDCAサイクル・ケアの質の向上に取り組んだとき	40円／月
科学的介護推進体制加算Ⅱ	科学的介護推進体制加算Ⅰの利用者の情報に加えて、利用者の心身、疾病の状況等の情報を提出したとき	50円／月
再入所時栄養連携加算	入所者が医療機関に入院し、栄養管理が必要となった場合、当該医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理を行ったとき	200円／回
退所時栄養情報連携加算	低栄養状態にあると医師が判断した入所者が退所する場合に、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とき（1月につき1回を限度）	70円／回
認知症専門ケア加算Ⅰ	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を、一定数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施し、認知症ケアに関する会議を定期的に開催したとき	3円／日
認知症専門ケア加算Ⅱ	認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施しているとき	4円／日

認知症チームケア推進加算Ⅰ	(1) 施設における利用者の総数のうち、日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上であること (2)認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した者、又は、認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等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、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいること (3) 対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を行い、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施していること (4) 認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症ケアについて、カンファレンスの開催、計画の作成、認知症の行動・心理症状の有無及び程度についての定期的な評価、ケアの振り返り、計画の見直し等を行っていること	150円／月
認知症チームケア推進加算Ⅱ	認知症チームケア推進加算Ⅰの(1)、(3)及び(4)に掲げる基準に適合し、認知症の行動・心理症状の予防等の専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員から成る認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいるとき	120円／月
認知症・心理症状緊急対応加算	認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅生活が困難であり、緊急に入所することが適当であると医師が判断した場合(入所日から7日を上限)	200円／日
協力医療機関連加算Ⅰ	協力医療機関との相談体制、診療を行う体制、入院を要すると認められた入所者の入院を受け入れる体制を常時確保し、1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認しているとき	100円／月 (令和7年度～50円／月)
協力医療機関連加算Ⅱ	協力医療機関が協力医療機関連携加算1の要件を満たしていないとき	5円／月
退所時情報提供加算	医療機関へ退所する入所者について、退所後の医療機関に対して当該入所者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供したとき(入所者1人につき1回に限る)	250円／回
特別通院送迎加算	透析を要する入所者であって、その家族や病院等による送迎が困難である等やむを得ない事情があるものに対して、1月に12回以上、通院のため送迎を行ったとき	594円／月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	医療機関との間で一般的な感染症の発生時等の対応を取り決め、感染症の発生時等に医療機関と連携し適切に対応しており、感染対策向上加算、又は、外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関、又は、地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修、又は、訓練に、1年に1回以上参加しているとき	10円／月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けているとき	5円／月
新興感染症等施設療養費	入所者が厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に、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に対し、適切な感染対策を行った上で、該当する介護サービスを行ったとき(1月に1回、連続する5日を限度)	240円／日

2. 介護保険給付対象外サービス費

①食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）　（1日当たり：円）

	通常	介護保険減額認定証に記載されている金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
食　費	1，760円	300円	390円	680円	1，420円

※重要事項説明書5．(2)の定めのとおり、個人の希望により特別に用意する食事・外食等にかかった費用は別に実費負担となります。

※第1から第3段階の減額を受けられる方は、「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

②居住に要する費用　（1日当たり：円）

	通常	介護保険減額認定証に記載されている金額			
	第4段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
従来型個室	1，231円	380円	480円	880円	980円
多床室	915円	0円	430円	430円	530円
ユニット型個室	2，066円	880円	880円	1，370円	1，470円

※外泊・入院等で居室を開けておく場合、外泊加算（重要事項説明書6．(3)を参照）の対象期間中は上記の表によりお支払いいただきます。

※ユニット型個室で外泊加算対象期間中以後(入院等の7日以降）において、居室を開けて置く場合、1日820円のご負担をお願いします。

※第1から第3段階の減額を受けられる方は、「介護保険負担限度額認定証」の提出をお願いします。

③その他の費用

サービス	内　　容	利用負担額
特別な食事の提供	ご利用者個人の希望により、特別な食事を提供したとき	個人に要した実費
理　髪	毎月第2・4月曜日（理容師の出張による）	丸刈　1，800円 調髪　2，300円
貴重品の管理	預金通帳と印鑑、有価証券、年金証書等を管理	1，000円／月
ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ・日用品費	レクリエーション・日常生活用品のうち、ご利用者個人の希望により提供し、負担いただくことが適当であるもの	個人に要した実費
小口現金の管理	緊急出費用の小口現金（10，000円を上限）を管理	300円／月

＊利用料金、サービス内容等について、ご不明な点、質問がございましたらお気軽にお尋ね下さい

個人情報の使用に係る説明書

社会福祉法人　ひみ福祉会
理事長　清　水　幸　雄
特別養護老人ホーム　つまま園
施設長　坂　本　博　之

以下に定める条件のとおり、社会福祉法人ひみ福祉会が、利用者又は代理人の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で収集、提供、または使用いたします。

1．利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2．利用目的

（1）　介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
（2）　利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
（3）　医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整及び協議のため
（4）　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
（5）　利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため(オンラインツールの使用も含む)
（6）　行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
（7）　その他サービス提供で必要な場合
（8）　上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3．使用条件

（1）　個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らしません。
（2）　個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示します。

利用者への見守り対策についての説明書

社会福祉法人　ひみ福祉会
　理事長　清　水　幸　雄
特別養護老人ホーム　つまま園
　施設長　坂　本　博　之

特別養護老人ホームつまま園　（以下、「事業者」という）は、利用者の安全確保と事故発生時の早期発見を目的とした見守り対策に関するカメラ、センサー等を使用するシステム（以下、「見守りシステム」という）を使用します。

使用については下記の内容で運用を行います。

記

見守りシステム使用について、事業者では、業務の重なりや夜間帯等において人員配置基準の関係上、無人となる場所や時間帯が発生します。その際に、利用者の安全確保、事故発生時の早期発見を目的とした見守りシステムの活用を行います。（ただし、転倒などの事故を必ず防止するものではありません。）

1．カメラの使用について

（1）カメラの使用目的

1　居室等における安否の確認

2　転倒事故などの早期発見

① 居室で使用するカメラ

設置場所　転倒などの危険性が高い、体調不良時等見守り観察をする必要があると事業者が判断した利用者の居室等

確認方法　職員が持つタブレット端末等による確認

使用期間　事業者が必要と判断した期間

② 廊下、ホール等で使用するカメラ

設置場所　廊下及びホール等（一部のカメラは集音マイク付きです）

確認方法　介護職員室にてモニター視聴による確認等

使用期間　24時間

(2)データの管理方法

①についてのデータは SD カードへの保存となっており、必要に応じてパソコンへデータを移します。保存期間は 3 カ月とし、保存期間を過ぎたデータは順次消去します。

③ については介護職員室に設置の HDD にデータを保存し、事故発生後の状況確認等に使用します。録画された記録については、順次、上書きされることを前提としています。

(3)データの利用制限

1 データの利用は、安全上の使用目的の範囲で行います。

2 データから知り得た情報の使用については、個人情報の使用に係る説明に準じます。

2. センサーの使用について

(1)センサーの使用目的

利用者の安全確保、事故発生時の早期発見を目的としたセンサーでの察知を行います。事業者が、利用者の体調や体動の確認、居場所の確認が必要と判断した時に使用します。

①居室で使用するセンサー(複数種類あります)

設置場所 1 ベッド上

利用者の体動や起き上がり等を察知します。種類により、脈や心拍数などのバイタルサインも計測、記録します。

2 ベッドサイドや居室出入口等

利用者がベッドから足をおろしたり、センサーを踏んだりしたことを察知します。(特に転倒などの危険性が高く、見守りの必要性が高いと事業者が判断した利用者)

通知方法 1、2とも反応音等により通知

使用期間 1、2とも事業者が必要と判断した期間

②施設出入口(玄関)で使用するセンサー(2 箇所設置)

設置場所 1 職員出入口(1階)

2 正面出入口(2階)

通知方法 事務所、1階・2階介護職員室に設置の受信機が反応し、反応音と光の点滅により通知

使用期間 事業者が機器の使用を必要と判断し、利用者が発信器を携帯しているとき

なお、センサーにつきましては画像データ等の記録は残りません。

年　　月　　日

指定介護老人福祉施設サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

1 重要事項の指定介護老人福祉施設サービス提供及び料金について説明を受け、その内容について

同意します　　同意しません

2 個人情報の使用に係る説明を受け、ご契約者又は代理人の個人情報を利用目的の必要最低限の範囲内で収集、提供、または使用することについて

同意します　　同意しません

3 安全確認等のため、見守りシステムの使用について説明を受け、その内容及びシステムを使用することについて

同意します　　同意しません

年　　月　　日

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、指定介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

ご契約者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

連帯保証人兼身元保証人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞