

ユニット型指定介護老人福祉施設  
特別養護老人ホーム涼風園重要事項説明書

|                                              |
|----------------------------------------------|
| 当施設は、介護保険の指定を受けています。<br>(宮城県指定 第0470200718号) |
|----------------------------------------------|

当施設は、入居者に対してユニット型指定介護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など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。

1. 施設経営法人

- |           |                 |
|-----------|-----------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人和仁福祉会     |
| (2) 所在地   | 石巻市山下町一丁目11番22号 |
| (3) 電話番号  | 0225-93-8353    |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 齋藤 仁一       |
| (5) 設立年月日 | 昭和56年8月         |

2. ご利用施設

- |           |                                                                                                                              |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 施設の種類 | ユニット型指定介護老人福祉施設                                                                                                              |
| (2) 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 涼風園                                                                                                                |
| (3) 施設の目的 | 身体上又は精神上著しい障害があるために常時介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な高齢者に対し、指定介護福祉施設サービスを提供することにより、入居者の生活の安定と充実、並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。 |

(4) 施設の方針

当施設は、入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、指定介護福祉施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援します。

事業の実施にあたっては、地域や家族との結び付きを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、ユニットケアに努めます。

(5) 所在地 石巻市流留字沖30番地3

(6) 電話番号 0225-24-5861  
FAX 0225-24-5862

(7) 施設長（管理者） 湯田耕至

(8) 開設年月日 平成16年12月1日

(9) 入居定員 50名

### 3. 居室の概要

#### (1) 居室等

当施設の居室は全室個室となっており、1ユニットは10室で構成されております。又、各階のユニット数及び居室数は下記のとおりです。なお、処遇方針等又は入居者の心身の状況等により、一定の周期をもって居室の変更を行うことがありますのでご了承ください。その他、入居者からの居室の変更希望の申し出があった場合は、入居者及びご家族等と協議します。

| 入居定員 50名（短期入所 20名） |                |              |
|--------------------|----------------|--------------|
| 居室の種類              | 室数             | 備考           |
| 個室                 | 70室（1室16.6㎡以上） | 1階 2ユニット 20室 |
|                    |                | 2階 5ユニット 50室 |

(2) その他の主な設備

| 設 備 の 種 類 | 備 考                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------|
| 共 同 生 活 室 | 各ユニット 35.34 m <sup>2</sup> 以上                                  |
| 洗 面 設 備   | 各居室                                                            |
| 便 所       | 各ユニットに4ヶ所                                                      |
| 医 務 室     | 医務室 1室(1階)                                                     |
| 浴 室       | 機械浴(2階) 35.49 m <sup>2</sup> 一般浴(各ユニット) 9.75 m <sup>2</sup> 以上 |

#### 4. 職員の配置状況

当施設では、入居者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する主な職員として、次の職員を配置しております。

(1) 主な職員の配置状況

| 職 種          | 勤務形態 | 職員数   | 備 考          |
|--------------|------|-------|--------------|
| (1) 施設長(管理者) | 常 勤  | 1名    |              |
| (2) 生活相談員    | 常 勤  | 1名以上  |              |
| (3) 介護支援専門員  | 常 勤  | 1名以上  |              |
| (4) 介護職員     | 常 勤  | 23名以上 |              |
| (5) 看護職員     | 常 勤  | 4名以上  | 機能訓練指導員と兼務1名 |
| (6) 機能訓練指導員  | 常 勤  | 1名以上  | 看護職員と兼務1名    |
| (7) 管理栄養士    | 常 勤  | 1名以上  |              |
| (8) 医師(嘱託医)  | 非常勤  | 1名    |              |

※職員は、併設の指定短期入所生活介護事業所及び指定介護予防短期入居生活介護事業所と兼務しております。

※（１）の施設長は、併設の指定通所介護事業所、指定特定施設入所者生活介護事業所、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所の管理者と兼務。

※（５）の看護職員は、指定通所介護事業所の看護職員と兼務５名、指定特定施設入所者生活介護事業所、指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所の看護職員と兼務４名。

#### （１）主な職員の勤務体制

| 職 種             | 勤 務 体 制         |      |
|-----------------|-----------------|------|
| 介護職員            | 早番 6：15～15：15   | 1～4名 |
|                 | 日勤 9：00～18：00   | 1～4名 |
|                 | 遅番 11：15～20：15  | 1～4名 |
|                 | 夜勤 17：00～10：00  | 1～4名 |
|                 | 深夜勤 20：15～ 6：15 | 1～4名 |
| 機能訓練指導員<br>看護職員 | 早番 7：30～16：30   | 1～2名 |
|                 | 日勤 8：30～17：30   | 1～2名 |
|                 | 遅番 9：30～18：30   | 1～2名 |

## ５．利用料金

利用料金につきましては、別紙の「サービス利用料金」表のとおりとなっております。

## ６．利用料金のお支払等

- （１）サービスの対価として、別紙の「サービス利用料金表」に記載した料金を支払います。ただし、事業者が、介護保険法に基づき、入居者に代わって、利用料金に相当する保険給付を受領する場合には、これを差し引いた自己負担分（通常は介護保険負担割合証に応じた額及び居住費、食費、おやつ代）を支払うこととします。
- （２）日常生活上必要となる諸費用実費を事業者にお支払い下さい。
- （３）事業者は、あらかじめ入居者又はその身元引受人に対して施設サービスの内容及び費用について説明を行い、同意を頂きます。
- （４）当月の利用料金の合計額の請求書に明細を付して翌月５日までに作成を致します。

- (5) 利用料金は一か月ごとに計算しご請求しますので翌月の末日までにお支払い下さい。
- (6) 身元引受人は前項の請求書に基づき利用料金を期日内にお支払い下さい。
- (7) 利用料金の支払いを受けたときに、領収書の発行を致します。
- (8) 支払い方法は窓口での現金支払い又は振込。
- (9) 利用料金は翌月末までに支払うものとする。ただし、支払い方法として相談があれば一か月を分割にして支払う事ができるものとする、なお要望があった場合は別途支払い誓約書にて支払い方法を協議し決定します。

## 7. 協力病院等

協力病院について（入院治療を必要とする入居者のために、あらかじめ下記のとおり定めております。）

### （1）協力医療機関

|         |                                           |
|---------|-------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団仁明会 齋藤病院                            |
| 所在地     | 石巻市山下町一丁目7-24                             |
| 診療科     | 内科、脳神経内科、循環器科、心臓血管外科、呼吸器科、消化器科、リハビリテーション科 |

### （2）協力歯科医療機関

|         |           |
|---------|-----------|
| 医療機関の名称 | 高砂本家歯科医院  |
| 所在地     | 石巻市三和町7-5 |

|         |                  |
|---------|------------------|
| 医療機関の名称 | いしのまき訪問歯科クリニック   |
| 所在地     | 石巻市山下町1丁目7-26 1F |

## 8. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約が終了する期日は特に定めておりませんが、次の事由に該当する場合には、当施設との契約が終了し、入居者に退所していただくことがあります。

- (1) 要介護認定により入居者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合
- (2) 入居者の要介護認定区分が、要介護1又は要介護2と認定されかつ特例入居の要件に該当しない場合
- (3) 入居者が死亡された場合
- (4) 施設の滅失や重大な過失により、入居者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- (5) 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
- (6) 入居者から退所の申し出があった場合
- (7) 事業者から退所の申し出を行った場合
- (8) 入居者が医療機関へ概ね3ヶ月を超えて入院した場合等  
(3ヶ月を超えた時点で、退院する日が決まっている場合を除く)

### (1) 入居者から退所の申し出があった場合

- ① 契約有効期間であっても、入居者から当施設に退所を申し出ることができます。その際には、退所を希望する日の1週間前に文書で通知することにより、この契約を解除することができます。但し、入居者の入院等やむを得ない場合は、退所を希望する日の1週間以内の通知でもこの契約を解除することができます。
- ② 入居者は、事業者が正当な理由なくこの契約に違反した場合、又は入居者及びその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

### (2) 事業者から退所の申し出を行なった場合

- ① 入居者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく3ヶ月支払われない場合。
- ② 入居者の行動が、本人又は他の入居者の生命等に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者が十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合。
- ③ 入居者が故意に違反行為をし、施設運営に重大な支障をきたし、改善の見込みがない場合。

### (3) 円滑な退所のための援助

入居者が当施設を退所する場合には、入居者の希望により事業者は入居者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、円滑な退所のための必要な以下の援助を入居者に対して速やかに行います。

- ① 適切な病院又は診療所もしく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

## 9. 身元引受人

契約締結にあたり、身元引受人をお願いすることがあります。入居契約が終了した後、当施設に残された所持品（残置物）を入居者自身が引き取れない場合、「身元引受人」に連絡の上、残置物等を引き取っていただきます。

## 10. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

| ○苦情受付窓口（担当者） |         | 連 絡 先                                                 |
|--------------|---------|-------------------------------------------------------|
| 〔職 名〕 事 務 長  | 佐々木 達弥  | 特別養護老人ホーム 涼風園<br>TEL 0225-24-5861<br>FAX 0225-24-5862 |
| 〔職 名〕 生活相談員  | 西 條 雅子  |                                                       |
| ○苦情解決責任者     |         |                                                       |
| 〔職 名〕 施 設 長  | 湯 田 耕 至 |                                                       |

○受付時間 毎日 8：30～ 17：30

但し、時間外の受付は、当直職員等があたります。

### (2) 苦情解決のための第三者委員

|           |       |                  |
|-----------|-------|------------------|
| 〔職 名〕 評議員 | 阿部 春男 | TEL 0225-95-4565 |
| 〔職 名〕 評議員 | 渡辺 秀彦 | TEL 0225-96-1288 |

### (3) 行政機関その他苦情受付機関

|                                          |       |                    |
|------------------------------------------|-------|--------------------|
| 石巻市健康部介護福祉課                              | 所 在 地 | 宮城県石巻市穀町14番1号      |
|                                          | 電話番号  | 0225-95-1111       |
|                                          | 受付時間  | 9：00～17：00         |
| 国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情相談窓口              | 所 在 地 | 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号 |
|                                          | 電話番号  | 022-222-7700       |
|                                          | 受付時間  | 9：00～17：00         |
| 宮城県社会福祉協議会<br>「福祉サービス利用に関する<br>運営適正化委員会」 | 所 在 地 | 宮城県仙台市青葉区本町三丁目7番4号 |
|                                          | 電話番号  | 022-716-9674       |
|                                          | F A X | 022-716-9298       |

## 1 1．事故発生時の対応

事業者は、入居者に対するサービスの提供に伴って事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡し、必要な措置を講じ、又事業者の責めに帰すべき事由により入居者に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。ただし、以下の各号に該当する場合には損害賠償責任を負わないものとします。

- (1) 入居者が、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ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
- (2) 入居者が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもっぱら起因して損害が発生した場合
- (3) 入居者の急激な体調の変化等、施設の実施したサービスを原因としない事由にもっぱら起因して損害が発生した場合
- (4) 入居者が、施設もしくはサービス従事者の指示・依頼に反して行った行為にもっぱら起因して損害が発生した場合

## 1 2．個人情報保護

事業所のサービス提供を行う職員は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する個人情報を保護することに努めます。又、職員であった者についても、これらの個人情報を保護すべき旨を職員との雇用契約の内容としています。

## 1 3．身体拘束等の禁止

サービス提供にあたり、入居者又は他の入居者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。なお、やむを得ず行う場合には、事前連絡又は事後に速やかにご家族等に報告し同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の入居者の心身の状況、並びに緊急やむを得ない理由を記録します。



## 1 4．虐待防止

(1) 事業者は、虐待発生又はその発生を防止するため、次に掲げる処置を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- ④ 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |                        |
|-------------|------------------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 施 設 長          湯 田 耕 至 |
| 虐待防止に関する担当者 | 生活相談員      西 條 雅 子     |

(2) 事業者は、サービス提供中に当該事業所職員又は養護者（利用者家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 1 5．第三者による評価の実施状況

|               |       |           |  |
|---------------|-------|-----------|--|
| 第三者による評価の実施状況 | 1．あり  | 実 施 日     |  |
|               |       | 評価の機関名称   |  |
|               |       | 結 果 の 開 示 |  |
|               | ②. なし |           |  |

## 1 6．感染症対策

施設内において、感染症防止委員会を設置し新型コロナウイルス・インフルエンザ等に対して感染防止対策を行います。また、感染が疑われる場合や陽性者がでた場合は下記の通り速やかに対応を行います。

(1) 感染症防止対策

- ① 一定の場面でのマスク着用  
(個人の判断が基本ですが状況に応じ職員が判断し対応する場合があります)
- ② 手洗い等の手指衛生
- ③ 施設内の各場所の換気や居室やフロア内の人が集まる場（行事等の実施）については施設側の判断によりある程度の距離を確保し対応致します。

## （２）感染が疑われる場合及び陽性者が確認された場合の対応

- ① 有熱症状、咳・咽喉の痛み等があり感染が疑われる際には、抗原検査等を行います。
- ② 抗原検査の結果、陽性と判断された場合は、関係医療機関へ連絡し病院受診または施設内療養の指示を仰ぎます。
- ③ 陽性が確認された方については、感染拡大防止の為、他の入居者の方との隔離等を行いながら経過観察し状況に応じて随時対応します。
- ④ 多床室等の理由により隔離対応できない場合は、感染症対策委員会にて対策を講じ対応します。
- ⑤ 陽性者の方の介護にあたる職員は、感染拡大防止の観点から少人数に限定し、食事・排泄・更衣等の介助も最小限に抑え対応させて頂く場合があります。
- ⑥ 入浴等については、清拭対応に変更させて頂きます。

## （３）陽性者が確認された場合の施設内制限について

- ① 陽性者になった方と接触があった方については、身体状況を確認し３～５日程の経過観察を行います。必要に応じて抗原検査等も行います。
- ② 感染が疑われる方および可能性がある方の入居部屋とフロアについては、感染者対応範囲として対応職員を限定し、必要最小限の介護を行わせて頂く場合があります。
- ③ 感染者の拡大や職員の不足により、これまで日常生活において行っていた介助の一部を中止または変更させて頂く場合があります。
- ④ 通常行っていた事項に制限がでる場合は、対象となる入居者ご家族へ電話連絡または、文章交付にて状況説明をします。
- ⑤ 予定している行事等を中止させて頂く場合があります。
- ⑥ ご家族様との面会等も状況により、中止または延期にさせて頂く場合があります。

## （４）陽性者が確認された場合の療養期間

発症日を０日として、５～１０日を療養期間とします。身体状況を確認し症状がなく問題がないと判断された場合は制限を解除します。複数の陽性者がでた場合は、最終で確認された陽性者の療養期間をもって確認し、制限を解除します。

別紙（指定施設運営規程第 14 条関係）

指定介護老人福祉施設（涼風園）  
「サービス利用料金」表

厚生労働大臣が定める『指定居宅サービス費等に要する費用の額の算定に関する基準』の告示等に基づいて、入所者にサービスを提供した対価として得ることのできる費用を『サービス利用料金』として定めるものとする。

1. 介護保険給付対象サービス費用（介護報酬）

1 指定介護老人福祉施設

【1日あたり】

| 要介護区分<br>費用の内訳                 | 要介護 1   | 要介護 2   | 要介護 3   | 要介護 4   | 要介護 5   |
|--------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 施設サービス費                        | 6,700 円 | 7,400 円 | 8,150 円 | 8,860 円 | 9,550 円 |
| <b>1 割負担の場合</b>                |         |         |         |         |         |
| 介護保険から給付される額<br>(施設サービス費の 9 割) | 6,030 円 | 6,660 円 | 7,335 円 | 7,974 円 | 8,595 円 |
| 自己負担額<br>(施設サービス費の 1 割)        | 670 円   | 740 円   | 815 円   | 886 円   | 955 円   |
| <b>2 割負担の場合</b>                |         |         |         |         |         |
| 介護保険から給付される額<br>(施設サービス費の 8 割) | 5,360 円 | 5,920 円 | 6,520 円 | 7,088 円 | 7,640 円 |
| 自己負担額<br>(施設サービス費の 2 割)        | 1,340 円 | 1,480 円 | 1,630 円 | 1,772 円 | 1,910 円 |
| <b>3 割負担の場合</b>                |         |         |         |         |         |
| 介護保険から給付される額<br>(施設サービス費の 7 割) | 4,690 円 | 5,180 円 | 5,705 円 | 6,202 円 | 6,685 円 |
| 自己負担額<br>(施設サービス費の 3 割)        | 2,010 円 | 2,220 円 | 2,445 円 | 2,658 円 | 2,865 円 |

## 2 上記の施設サービス費自己負担額に加算もしくは代えて算定する費用

|                                                                                                              |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| (1) 日常生活継続支援加算 (Ⅱ)                                                                                           | 1割負担：1日あたり 46円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 92円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 138円 |
| (2) 看護体制加算 (Ⅰ) イ                                                                                             | 1割負担：1日あたり 6円   |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 12円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 18円  |
| (3) 看護体制加算 (Ⅱ) イ                                                                                             | 1割負担：1日あたり 13円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 26円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 39円  |
| (4) 夜勤職員配置加算 (Ⅱ) イ                                                                                           | 1割負担：1日あたり 27円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 54円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 81円  |
| (5) サービス体制強化加算 (Ⅰ)                                                                                           | 1割負担：1日あたり 22円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 44円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 66円  |
| (6) サービス体制強化加算 (Ⅱ)                                                                                           | 1割負担：1日あたり 18円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 36円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 54円  |
| (7) サービス体制強化加算 (Ⅲ)                                                                                           | 1割負担：1日あたり 6円   |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 12円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 18円  |
| ※ (5) ～ (7) のいずれか一つのみ算定。また、(1) との重複算定は不可。                                                                    |                 |
| (8) 個別機能訓練加算 (Ⅰ)                                                                                             |                 |
| 専従の機能訓練指導員を配置し、個別機能訓練計画を作成した場合。                                                                              |                 |
|                                                                                                              | 1割負担：1日あたり 12円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 24円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 36円  |
| (9) 個別機能訓練加算 (Ⅱ) (LIFE 対応した場合に算定)                                                                            |                 |
| 個別機能訓練加算 (Ⅰ) を算定している場合であって、かつ、個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他の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場合。 |                 |
|                                                                                                              | 1割負担：1日あたり 20円  |
|                                                                                                              | 2割負担：1日あたり 40円  |
|                                                                                                              | 3割負担：1日あたり 60円  |

(10) ADL 維持加算 (I) (LIFE 対応した場合に算定)

入居者の日常生活動作能力を定期的に測定し、その結果を厚生労働省へ提出し、日常生活能力の維持または向上の度合いが一定の水準を超える場合。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1 割負担：1 日あたり | 3 0 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 6 0 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 9 0 円 |

(11) ADL 維持加算 (II) (LIFE 対応した場合に算定)

ADL 維持加算 (I) の要件を満たし、日常生活能力の維持または向上の度合いがさらに高い水準を超える場合。

|              |         |
|--------------|---------|
| 1 割負担：1 日あたり | 6 0 円   |
| 2 割負担：1 日あたり | 1 2 0 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 1 8 0 円 |

※ (10) ~ (11) のいずれか一つのみ算定

(12) 若年性認知症入所者受入加算

若年性認知症入居者に対して指定介護福祉施設サービスを提供した場合

|              |         |
|--------------|---------|
| 1 割負担：1 日あたり | 1 2 0 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 2 4 0 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 3 6 0 円 |

(13) 外泊時費用

入居者が病院又は診療所に入院した場合及び入居者に対して居宅における外泊を認めた場合、1 ヶ月に6 日を限度として所定単位数に代えて算定する。

|              |         |
|--------------|---------|
| 1 割負担：1 日あたり | 2 4 6 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 4 9 2 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 7 3 8 円 |

(14) 初期加算

入居した日から起算して30 日以内の期間及び30 日を超える病院又は診療所への入院後に再び入居した場合。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1 割負担：1 日あたり | 3 0 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 6 0 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 9 0 円 |

(15) 協力医療機関連携加算 (1)

相談・診療体制を常時確保し緊急時入院を受入れる体制を確保している協力医療機関の場合。(2025 年3 月31 日までは100 円)

|               |         |
|---------------|---------|
| 1 割負担：1 ヶ月につき | 5 0 円   |
| 2 割負担：1 ヶ月につき | 1 0 0 円 |
| 3 割負担：1 ヶ月につき | 1 5 0 円 |

(16) 栄養マネジメント強化加算（LIFE 対応した場合に算定）

低栄養状態のリスクが高い入居者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した、栄養計画に従い、食事の観察を週 3 回以上行い、入居者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整。低栄養状態のリスクが低い入居者にも、食事の際に変化を把握し、問題がある場合は、早期に対応。入居者ごとの栄養状態を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施に当たる場合。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1 割負担：1 日あたり | 1 1 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 2 2 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 4 4 円 |

(17) 経口移行加算

経管により食事を摂取している入居者に対し、医師の指示に基づき、経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し、栄養管理及び支援を行なった場合に、計画を作成した日から 1 8 0 日を限度として算定する。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1 割負担：1 日あたり | 2 8 円 |
| 2 割負担：1 日あたり | 5 6 円 |
| 3 割負担：1 日あたり | 8 4 円 |

※ただし、1 8 0 日を超えた期間に行われた場合であっても、経口による食事の摂取が一部可能な者であって、医師の指示に基づき継続して経口による食事の摂取を進めるための栄養管理及び支援が必要とされる場合には、引き続き加算を算定する。

(18) 経口維持加算（Ⅰ）

経口により食事を摂取している入居者であり、摂食機能障害を有し誤嚥が認められる入所者に対して、医師又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の者が共同して、入所者の栄養管理をするための会議等を行い、入所者ごとに、経口による食事の摂取を進めるための経口維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が栄養管理を行った場合に算定する。

|               |            |
|---------------|------------|
| 1 割負担：1 ヶ月につき | 4 0 0 円    |
| 2 割負担：1 ヶ月につき | 8 0 0 円    |
| 3 割負担：1 ヶ月につき | 1, 2 0 0 円 |

(19) 経口維持加算（Ⅱ）

上記の経口維持加算（Ⅰ）を算定し、栄養管理をするための会議等に、医師、歯科医師等が参加した場合に算定する。

|               |         |
|---------------|---------|
| 1 割負担：1 ヶ月につき | 1 0 0 円 |
| 2 割負担：1 ヶ月につき | 2 0 0 円 |
| 3 割負担：1 ヶ月につき | 3 0 0 円 |

(20) 口腔衛生管理加算（Ⅰ）

歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入居者に対し、口腔ケアを月 2 回以上行うこと。歯科衛生士が介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行うことで算定する

|               |         |
|---------------|---------|
| 1 割負担：1 ヶ月につき | 9 0 円   |
| 2 割負担：1 ヶ月につき | 1 8 0 円 |
| 3 割負担：1 ヶ月につき | 2 7 0 円 |

(21) 口腔衛生管理加算（Ⅱ）（LIFE 対応した場合に算定）

上記加算（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、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していることで算定する。

|               |         |
|---------------|---------|
| 1 割負担：1 ヶ月につき | 1 1 0 円 |
| 2 割負担：1 ヶ月につき | 2 2 0 円 |
| 3 割負担：1 ヶ月につき | 3 3 0 円 |

※（20）～（21）のいずれか一つのみ算定。

(22) 療養食加算

入居者の病状等に応じて、疾病治療の直接手段として、主治医の発行する食事箋に基づき、療養食の献立表を作成の上、療養食を提供した場合に算定する。

|              |       |
|--------------|-------|
| 1 割負担：1 回につき | 6 円   |
| 2 割負担：1 回につき | 1 2 円 |
| 3 割負担：1 回につき | 1 8 円 |

(23) 認知症専門ケア加算

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められるため介護を必要とする認知症の入居者に、専門的な認知症ケアを行った場合に算定する。

|              |              |       |
|--------------|--------------|-------|
| 認知症専門ケア加算（Ⅰ） | 1 割負担：1 日あたり | 3 円   |
|              | 2 割負担：1 日あたり | 6 円   |
|              | 3 割負担：1 日あたり | 9 円   |
| 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 1 割負担：1 日あたり | 4 円   |
|              | 2 割負担：1 日あたり | 8 円   |
|              | 3 割負担：1 日あたり | 1 2 円 |

(24) 安全対策体制加算 ※入居時に 1 回に限り算定。

- イ 事故発生防止のための指針の整備
- ロ 事故が発生した場合等における報告と、その分析を通じた改善策を従業者  
に周知徹底する体制の整備
- ハ 事故防止のための委員会及び従業者に対する研修の定期的な実施
- ニ イからハの措置を適切に実施するための担当者設置

※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。

1割負担：1日あたり 20円

2割負担：1日あたり 40円

3割負担：1日あたり 60円

---

(25) 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）

①第二種協定指定医療機関（感染症法第6条第17項）との間で、新興感染症の発生時の対応を行う体制を確保 ②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 ③診療報酬の感染対策向上加算または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関また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または訓練に1年に1回以上参加。

1割負担：1ヶ月につき 10円

2割負担：1ヶ月につき 20円

3割負担：1ヶ月につき 30円

---

(26) 介護職員等処遇改善加算

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定する。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 利用総単位数×0.14

---

3 加算もしくは代えて算定することによるサービス利用料金の変更

上記の介護報酬に加算もしくは代えて算定することにより、サービス利用料金（施設サービス費）、介護報酬から給付される額及び自己負担額（施設サービス費）のそれぞれに変更が生じることに留意する。

## 2. 特例施設介護サービス費を利用する場合について

- (1) 要介護認定の効力が生じない日前に、緊急その他やむを得ない理由により指定施設サービス等を提供した場合は、当該入居者はサービス利用料金全額を支払うものとする。
- (2) 介護保険の被保険者であっても、保険料の滞納等がある場合には市町村の取扱によって、当該施設において介護報酬（サービス利用料金）の法定代理受領（90%の額）ができなくなるため、一旦サービス利用料金の全額を支払うものとする。
- (3) (1) 及び (2) の場合に、サービス提供証明書を発行する。



### 3. 介護保険給付対象外サービス費用

#### (1) サービスに応じた1回当たりの利用料金

| 利 用 サ ー ビ ス   | 利 用 料 金                                                                             | 摘 要                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①食事サービス費      | (1日) 1,445 円<br>(負担限度額)<br>1 段階 300 円<br>2 段階 390 円<br>3 段階① 650 円<br>3 段階② 1,360 円 | 朝食 475 円昼・夕食 485 円<br>(負担限度額)<br>1 段階 300 円<br>2 段階 390 円<br>3 段階① 650 円<br>3 段階② 1,360 円 |
| ②おやつ代         | 100 円                                                                               |                                                                                           |
| ③居住費 (ホテルコスト) | (1日) 3,500 円<br>(負担限度額)<br>1 段階 880 円<br>2 段階 880 円<br>3 段階①・②1,370 円               |                                                                                           |
| ④その他の日常生活費    | 1,000 円                                                                             | インフルエンザ予防接種代                                                                              |

#### 〔注意事項〕

インフルエンザ予防接種については、石巻市の公費負担の該当者であり、石巻市が定めた期間内の実施に限るものとする。そのほかは各医療機関の料金設定により実費を負担する。

#### (2) 上記の利用料金は、厚生労働大臣が定める基準に基づいて、利用料金として、入居者から費用の負担を求める場合においては、当該サービスの内容等について説明を行い、同意を得るものとする。

なお、利用料金の新設及び改定を行う場合も同様とする。

### 4. 利用料金の支払方法

#### (1) 利用料金は、1ヶ月ごとに施設サービスを提供した費用を精算して請求し、翌月の16日までに窓口にて現金で支払うものとする。ただし、やむを得ない事情により窓口支払いができない場合は、振込支払いとする。

また、支払いしやすいように、入居者からの要望があった際には、1ヶ月分を数回に分割して支払うことができるものとする。

## 5. その他

- (1) 社会福祉法人和仁福祉会による生計困難者に対する入居者負担の軽減については、『社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業実施要綱』及び『社会福祉法人等による生計困難者に対する介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度のユニット型個室に係る特例措置実施要綱』に基づいて実施する。
- (2) サービス利用料金の取扱上適正に運用するため、理事長に諮り、必要に応じその都度改正できるものとする。

# 同意書

令和 年 月 日

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

ユニット型指定介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム涼風園

説明者職名

氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業所から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。

入 居 者  
(ご契約者)

住 所

ふり がな  
氏 名

印

署名代行者

住 所

ふり がな  
氏 名

印

続 柄

身元引受人

住 所

ふり がな  
氏 名

印

続 柄

※署名代行者が同じ場合には同上とご記入ください