

重要事項説明書（介護老人福祉施設）

＜令和7年4月1日現在＞

当施設は利用者様に対して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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当施設への入居は、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。

1 施設経営法人

法人の名称	社会福祉法人 美楽会
代表者名	理事長 井筒 岳
所在地	岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢506番1
電話番号	0197-51-3111
設立年月日	平成11年7月8日

2 事業所の概要

事業所名	特別養護老人ホーム いこいの麓・滝沢あなぐち
所在地	岩手県滝沢市穴口221番2
電話番号	019-601-5858
介護保険事業所番号	0371600420
管理者	施設長 山内 二三男

3 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	入居者がその有する能力に応じ可能な限り自律した日常生活を営むことができるよう介護等適切なサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準に沿い運営することを基本とし、施設サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、健康管理及び療養その他日常生活上の支援を行います。また、入居者の意思及び人格を尊重し、入居者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。

4 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービスの種類、業務	人 員	勤務体制	
			昼	夜
管理者	職員・業務その他の管理	1名	○	
医 師	健康管理・療養上の指導	1名（嘱託）	週1回を 基本に月4回	
事務職員	庶務及び会計事務等	3名	○	当直1名
生活相談員	諸相談、企画立案・実施	1名以上	○	
介護支援専門員	施設サービス計画等介護支援業務	1名以上	○	
介護職員	生活全般の介護・支援	看護職員と併せて 3：1以上の数	1ユニットに 1名以上	朝夕1ユニットに 1名 深夜2ユニットに 1名
看護職員	保健衛生・看護業務	3名以上	7:00～19:00 の間で時間 差勤務	オンコール 対応
機能訓練指導員	機能の改善、維持のための訓練	1名以上	○	
管理栄養士	栄養指導・給食管理	1名以上	○	

※勤務体制の○は日勤（8:30～17:15、出勤日は勤務表による）

5 施設の概要

区分	数量・規模	備考
入居定員	80名	ユニット数：8（1ユニット10名）
居室	個室 80室（1室約11.4㎡）	ベッド、収納棚、洗面台、冷暖房
食堂（リビング）	各ユニットに1室	
浴室（各階）	特殊浴、リフト浴（個浴を兼ねる）	2ユニットに1箇所リフト浴
トイレ	1ユニットに3箇所	
その他	医務室、相談室、地域交流ホール、喫茶コーナー、アメニティホール	

6 サービス内容

項目	内容
食事	朝食7:30～ 昼食12:00～ 夕食18:00～（概ね1～2時間）
介護	食事介助、排泄介助、入浴介助、着替え介助、口腔ケア、体位交換、シーツ交換、施設内移動の付き添い等
入浴	最低週2回の入浴が可能です。ただし身体の状態に応じ清拭となる場合があります。
機能訓練	個別に機能訓練計画を作成し、日常生活の中で機能訓練を行います。
生活相談	生活相談員に介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。
健康管理	週1回を原則として月3回嘱託医による診察や健康相談を受けることができます。年間1回の健康診断を行います。
理容・美容	定期的に理容美容サービスを実施しています。
レクリエーション	入居者の状況に応じて企画します。
行政手続き代行	行政手続きの代行を施設にて受け付けます。ただし、手続きに経費が伴う場合、その都度お支払いいただきます。
預り金	施設利用料以外の日常生活に係る費用等の支払い代行を施設に依頼することができます。サービスの利用に際しては別途「預かり金依頼書」の提出が必要となり、また、管理については預り金管理規程に基づいて行います。

7 利用料等

(1) 介護報酬に係る負担金

単位：円

区分	サービス内容略称	金額（円）			内容の説明
		1割	2割	3割	
1) 施設サービス費	要介護1	670	1,340	2,010	※1日につき
	要介護2	740	1,480	2,220	
	要介護3	815	1,630	2,445	
	要介護4	886	1,772	2,658	
	要介護5	955	1,910	2,865	
	外泊時費用	246	492	738	入居者が病院等へ入院した場合及び居宅等における外泊を認めた場合。（月6日を限度） ※入院または外泊の初日及び最終日は算定しない
	外泊時在宅サービス利用費用	560	1,120	1,680	入居者に対して居宅における外泊を認め、当該入居者が介護老人福祉施設により提供される在宅サービスを利用した場合。（月6日を限度） ※入院または外泊の初日及び最終日は算定しない ※外泊時費用を算定している場合は算定しない
	初期加算	30	60	90	入居日から30日以内の期間。30日を超える入院後の再入居も同様。
	再入居時栄養連携加算	200	400	600	一次入居の入居者が退居し病院に入院し、退院した後に再度当施設に二次入居する際、必要となる栄養管理が、一次入居と大きく異なるため、管理栄養士が病院の管理栄養士と連携し栄養ケア計画を策定した場合（1回に限る） ※管理栄養士の基準を満たさない場合は算定しない

				※1回につき
退所時栄養情報連携加算	70	140	210	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する。 1月につき1回を限度として所定単位数を算定する。 ※疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、すい臓病食、脂質異常食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食および特別な場合の検査。
退居前訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居に先立ち、退居後に生活する居宅を訪問し、退居後の相談援助を行った場合。(入居中1回を限度) ※1回につき
退居後訪問相談援助加算	460	920	1,380	退居後30日以内に退居者の居宅を訪問し、相談援助を行った場合。(退居後1回を限度) ※1回につき
退居時相談援助加算	400	800	1,200	入居者及びその家族に対して退居後の相談に援助を行い、かつ、退居後2週間以内に退居後の市町村及び老人介護支援センターに対して必要な情報を提供した場合。(1回に限る)
退居前連携加算	500	1,000	1,500	居宅介護支援事業所と退居前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合。(1回に限る)
退所時情報提供加算	250	500	750	医療機関へ退所する入居者などについて、退所後の医療機関に対して入居者等を紹介する際、入居者などの同意を得て、当該入居者などの心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に、入居者等1人につき1回に限り算定する。
栄養マネジメント強化加算	11	22	33	①管理栄養士を常勤換算で、入居者50(常勤の栄養士を1人以上配置し、当確栄養士が給食管理を行っている場合は70)で除して得た数以上配置する。 ②低栄養状態またはそのおそれのある入居者に対して、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作成した栄養ケア計画に従い、栄養管理をするための食事の観察を週3回以上行い、当該入居者ごとの栄養状態、心身の状況及び嗜好を踏まえた食事の調整等を行う。 ③②に規定する以外の入居者に対しても、食事の観察の際に変化を把握し、問題がある場合は早期に対応する。④入居者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、継続的な栄養管理の実施にあたり当該情報その他継続的な栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。 ※栄養管理の基準を満たさない場合は算定しない
経口移行加算	28	56	84	経管により栄養摂取される入居者について、経口摂取を進めるための計画を作成し、医師の指示に基づく栄養管理を実施した場合(計画作成から180日を限度)
経口維持加算(Ⅰ)	400	800	1,200	摂食障害があり誤嚥が認められる入居者に対して経口摂取を継続維持するための計画を作成し、食事の観察や多職種による会議等を行っている場合。(月1回) ※栄養管理の基準を満たさない場合は算定しない
経口維持加算(Ⅱ)	100	200	300	経口維持加算(Ⅰ)を算定し、経口摂取を継続維持するための食事の観察や会議に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士等が参加した場合。(月1回)
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90	180	270	口腔衛生管理加算を算定し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が月2回以上入居者に対して口腔ケアを実施した場合。(月1回)
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	220	330	入居者ごとの口腔衛生等の官吏に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生の管理の実施にあたり当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用する。(月1回)
療養食加算	6	12	18	医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合。

				(1日3回を限度)	
特別通院送迎加算	594	1,188	1,782	透析を要する入居者で会って、その家族や病院など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、通院の為送迎を行った場合。	
協力医療機関連携加算(1)	100	200	300	(協力医療機関の要件) ①入居者等の病状が急変した場合等に、医師または看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。 ②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。 ③入居者などの病状が急変した場合等に、入院を要すると認められた入所者等の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 協力病院との間で入居者などの同意を得て、当該入居者等の病歴などの情報を共有する会議を定期的開催していること。 1月につき50単位を加算(2024年3月31日までの間は100単位を算定)	
協力医療機関連携加算(2)	5	10	15	上記以外の協力医療機関と連携している場合。	
配置医師緊急時対応加算	650	1,300	1,950	あらかじめ配置医師と施設の間で緊急時の注意事項や病状についての情報共有の方法等具体的な取り決めがなされている場合。かつ、配置医師と協力病院の医師が連携し、施設の求めに応じ24時間対応できる体制を確保している場合で、配置医師が施設の求めに応じ早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し、入居者の診療を行った場合。かつ診療を行った理由を記録する。 ※看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は算定しない。	早朝・夜間の場合
配置医師緊急時対応加算	1,300	2,600	3,900		深夜の場合
配置医師緊急時対応加算	325	650	975		配置医師の通常の勤務時間外(早朝・夜間および深夜を除く)
看取り介護加算(Ⅰ)1	72	144	216	①看取りの指針を定め、入居の際に利用者・家族等に内容を説明し同意を得る。 ②医師、施設その他職種で看取りの実績等を踏まえ、適宜、指針の見直しを行う。 ③看取りに関する研修を行う。 【入居者要件】①医師が一般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者②医師、看護職員、介護支援専門員等が共同で作成した計画を、医師等からの説明を受け、同意する者。③指針に基づき、入居者の状態または家族の求めに応じ、医師等の連携の下、介護記録等を活用した介護の説明を受け、同意した上で介護を受けている物。	死亡日の31日～45日
看取り介護加算(Ⅰ)2	144	288	432		死亡日の4日～30日
看取り介護加算(Ⅰ)3	680	1,360	2,040		死亡日の前日・前々日
看取り介護加算(Ⅰ)4	1,280	2,560	3,840		死亡日
看取り介護加算(Ⅱ)1	72	144	216	①(Ⅰ)を満たす②の入居者が施設内で死亡した場合。 ※「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容に沿った取り組みを行う。 ※施設サービス計画の作成にあたり、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針決定に対する支援に努める。	死亡日の31日～45日
看取り介護加算(Ⅱ)2	144	288	432		死亡日の4日～30日
看取り介護加算(Ⅱ)3	780	1,560	2,340		死亡日の前日・前々日
看取り介護加算(Ⅱ)4	1,580	3,160	4,740		死亡日
在宅復帰支援機能加算	10	20	30	在宅へ退居するにあたり、入居者、家族に対して、入居者が希望する居宅介護支援事業所へ必要な情報の提供、退居後の居宅サービスの利用に関する調整を行うなどの支援を行う場合。	
在宅・入所相互利用加算	40	80	120	複数の方で在宅と入居期間(3カ月を限度)を定めて居室を相互に利用する場合。	

認知症専門ケア 加算(Ⅰ)	3	6	9	入居者総数のうち、日常生活自立度Ⅲ以上の方の割合が2分の1以上であり、認知症介護の専門的な研修修了者を一定数配置した場合。かつ、施設の職員に対し、認知症ケアに関する技術的指導等に係る会議を定期的開催する場合。
認知症専門ケア 加算(Ⅱ)	4	8	12	認知症専門ケア(Ⅰ)の要件を満たし、かつ、認知症介護の指導の専門的な研修修了者を配置し、かつ、認知症ケアに関する研修を実施している場合。
認知症行動・心理 症状緊急対応 加算	200	400	600	認知症の行動・心理症状により緊急入所が適当と医師が判断した場合に7日間を限度として算定する。
認知症チームケ ア推進加算 (Ⅰ)	150	300	450	(1)事業所又は施設における利用者または入居者の総数のうち、周囲の物による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1以上であること。(2)認知症の行動・心理症状の予防および出現時の早期対応(以下「予防等」という。)に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者または認知症会議に係る専門的な研修および認知症の行動・心理症状の予防などに資するケアプログラムを含んだ研修を終了した者を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・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知層の行動・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・心理粗油上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・心理症状の有無およ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。
認知症チームケ ア推進加算 (Ⅱ)	120	240	360	(Ⅰ)の(1)、(3)および(4)に掲げる基準に適合すること。認知症の行動・心理症状の予防等に資する認知症介護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、かつ、複数人雄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。
褥瘡マネジメン ト 加算(Ⅰ)	3	6	9	①入居者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、入居時に評価するとともに、3月に1回、評価を行い、情報を厚生労働省に提出し褥瘡管理の実施にあたり当確情報その他褥瘡管理の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用する。②①の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者ごとに医師、看護師、介護職員、管理栄養士、介護支援専門員、その他の職種物が共同して、褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成する。③入居者ごとの褥瘡ケア計画に従い褥瘡管理を実施すると共に、その管理の内容や入居者の状態を定期的に記録している。④①の評価に基づき3月に1回以上、入居者ごとに褥瘡ケア計画を見直す。
褥瘡マネジメン ト 加算(Ⅱ)	13	26	39	①(Ⅰ)を満たす。②(Ⅰ)の評価の結果、入居時に褥瘡が発生するリスクがあるとされた入居者について褥瘡の発生がない。
排せつ支援加算 (Ⅰ)	10	20	30	入居者ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて医師または医師と連携した看護師が入居時に評価するとともに、3月に1回以上、評価を行い、その結果等の情報を厚生労働省に提出し、排泄支援の実施にあたり当該情報、その他排泄支援の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用する。
排せつ支援加算 (Ⅱ)	15	30	45	(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入居時等と比較して、排尿・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こと。または、おむつ使用有からなしに改善していること。または、施設入居時・利用開始時に尿道カテーテルが

				留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。
排せつ支援加算 (Ⅲ)	20	40	60	(Ⅰ)の算定要件を満たしている施設等において、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入居時等と比較して、排尿・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。または、施設入居時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。かつ、おむつ使用有から使用無に改善していること。
自立支援促進加算	280	560	840	①医師が入居者ごとに、自立支援に係る医学的評価を入居時に行うとともに、3月に1回以上、医学的評価の見直しを行い、その結果等の情報を厚生労働省に提出し、自立支援促進の実施にあたり当該情報その他。②①の医学的評価の結果、自立支援促進の対応が必要だとされた入居者ごとに医師、看護師、介護職員、介護支援専門員等が共同して支援計画を策定しケアを実施する。③①の医学的評価に基づき3月に1回、入居者ごとに支援計画を見直す。④医師が自立支援に係る支援計画等に参加する。
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	40	80	120	①入居者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症状況その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出。②必要に応じて施設計画を見直すなど、サービス提供にあたり①に規定する情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用。
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	50	100	150	(Ⅰ)に加え、入居者の疾病等の情報を厚生労働省に提出。
安全対策体制加算	20	40	60	①事故の発生・再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者配置。②①の担当者が安全対策に係る外部研修を受けている。③施設内に安全管理部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	20	30	感染症法第6条第17項に規定する第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時などの対応を行う体制を確保していること。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。診療報酬における感染対策向上加算または外来感染多作向上加算に係わ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回以上参加していること。
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	10	15	診療報酬における感染対策向上加算に係わ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こと。
新興感染症等施設療養費	240	480	720	入居者等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場合に、1月1回連続する5日を限度として算定する。
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	100	200	300	(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取り組みによる成果確認されていること。見守り機器などのテクノロジーを複数導入していること。職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。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うこと。
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	20	30	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や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っていること。見守り機器などのテクノロジーを1つ以上導入していること。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うこと。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	44	66	①介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が80%以上、または継続10年以上の介護福祉士の割合が35%以上。②質の向上に資する取り組みを実施している。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	36	54	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が60%以上。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	12	18	介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上。または看護・介護職員の総数のうち常勤職員の割合が75%以上、もしくはサービスを直接提供する職員の総数のうち勤続7年の割合が30%以上
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	14%			加算合計へ14%基準に適合する介護職員の賃金改善等実施
日常生活継続支援加算(Ⅰ)	36	72	108	①算定月の前6月間または12月間の新規入居者総数のうち(イ)～(ハ)(※)のいずれかを満たす場合。②介護福祉士数が常勤換算で、入居者数が6またはその端数を増やすごとに1以上(※) ※(イ)要介護4～5の割合が70%以上(ロ)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介護を必要とする認知症の割合が65%以上(ハ)痰吸引等の医療行為を必要とする者の割合が15%以上。 ※②について、以下(a)～(c)のいずれも満たす場合は「入居者の数が7またはその端数ごとに1以上」とする。 (a)業務の効率化、質の向上、職員の負担の軽減に資する介護機器を複数種類使用。 (b)介護機器等を使用にあたり介護職員、看護職員、介護支援専門員等が共同してアセスメントおよび入居者の身体状況等の評価を行い、職員の配置状況等の見直しを行っている。 (c)(i)入居者の安全、ケアの質の確保(ii)職員の負担軽減、勤務状況への配慮(iii)介護機器等の定期的な点検(Ⅳ)介護機器等を安全かつ有効に活用するための職員研修を実施し、かつ介護機器等を安全・有効に活用するための委員会を設置し、介護職員、看護職員、介護支援専門員等が共同して、該当委員会において必要な検討等を行い、当該事項の実施を定期的に確認する。
日常生活継続支援加算(Ⅱ)	46	92	138	
看護体制加算(Ⅰ)ロ	4	8	12	常勤の看護師を1名以上配置している場合。
看護体制加算(Ⅱ)ロ	8	16	24	入居者25名に対して1名以上の看護職員を配置している場合。かつ、最低基準を1名以上上回って看護職員を配置している場合。かつ、当施設の看護職員による24時間の連絡体制を確保している場合。
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	18	36	54	夜勤職員の数が最低基準を1名以上上回っている場合。
夜勤職員配置加算(Ⅳ)ロ	21	42	63	夜勤職員の数が最低基準を1名以上上回っている場合。かつ、夜勤時間帯を通じて看護職員を配置している場合、または喀痰吸引等の実施ができる介護職員を配置している場合。
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100	200	300	①訪問リハ若しくは通所リハ又はリハビリを実施している医療提供施設の理学療法士等の助言に基づき、介護福祉施設の機能訓練指導員等が共同して入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行う。②個別機能訓練計画に基づき、入居者の心身状況に応じた機能訓練を適切に提供。③機能訓練指導員が、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月に1回以上評価し、入居者、家族に対して機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し必要に応じて訓練内容の見直し等を行う。
生活機能向上連	200	400	600	①理学療法士等が介護福祉施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同してアセスメント、入居者の身体状況等の評価お

携加算 (Ⅱ)				よび個別機能訓練計画の作成を行う。② (Ⅰ) ②・③を満たす。 ※別機能訓練加算を算定している場合は (Ⅰ) は算定せず、(Ⅱ) は1月につき100単位)
個別機能訓練加算 (Ⅰ)	12	24	36	①理学療法士等が介護福祉施設を訪問し、機能訓練指導員等と共同してアセスメント、入居者の身体状況等の評価および個別機能訓練計画の作成を行う。② (Ⅰ) ②・③を満たす。 ※別機能訓練加算を算定している場合は (Ⅰ) は算定せず、(Ⅱ) は1月につき100単位)
個別機能訓練加算 (Ⅱ)	20	40	60	①機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師、一定の実務経験を有するはり師また針きゅう師を1人以上配置。②機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員等が共同して、入居者ごとに個別機能訓練計画を作成し、それに基づき計画的に機能訓練を行う。
個別機能訓練加算 (Ⅲ)	20	40	60	個別機能訓練加算 (Ⅱ) を算定していること。口腔衛生管理加算 (Ⅱ) および栄養マネジメント強化加算を算定していること。入居者ごとに、理学療法士等が個別機能訓練計画の内容等の情報その他個別機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入居者の口腔の健康状態に関する情報および入所者の栄養状態に関する情報を相互に共有していること。共有した情報を踏まえ、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、理学療法士等の関係職種間で共有していること。
ADL 維持加算 (Ⅰ)	30	60	90	入居者 (評価対象利用期間が6月越) の総数が10人以上 ②入居者全員について、評価対象期間の初月 (評価対象利用開始) と、その翌月から起算して6月目 (6月目にサービス利用がない場合は利用最終月) のADLを評価し、その値 (ADL値) を測定し、測定月毎に厚生労働省に提出。③評価対象入居者の評価対象利用開始月の翌月から起算し6月目に測定したADL値から評価対象開始月に測定したADL値を控除し得た値を用いて一定の基準月に基づき算出した値 (ADL利得) の平均値が3以上。
ADL 維持加算 (Ⅱ)	60	120	180	① (Ⅰ) を算定。②入居者ごとの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、機能訓練の実施にあたり該当情報その他、機能訓練の適切かつ有効な実施に必要な情報を活用。
若年性認知症入居者受入加算	120	240	360	① (Ⅰ) ①・②を満たす。② (Ⅰ) ③についてADL利得の平均値が2以上。
専従の常勤医師を配置している場合	25	50	75	初老期における認知症によって要介護者となった入居者を受け入れた場合。 ※認知症行動・心理症状緊急対応加算を算定している場合は算定しない。
精神科による療養指導	5	10	15	認知症の入居者が3分の1以上を占める施設で、精神科医による定期的な療養指導が月2回以上行われている。

※加算の詳細については法令等に基づきます。

(2) 利用料

ア 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」

区 分	金額・内容説明
居住費	1日あたり 2,560円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限) ただし、6日を超えた外泊、入院期間中については、その限度額に関わらず 2,560円負担して頂きます。
食 費	1日あたり 1,800円 (負担限度額認定証を提示した場合、その限度額が1日あたりの上限)
理美容代	実費
預り金管理料	1日あたり 50円
電気器具持ち込み料	1日あたり 30円
コピー代	モノクロ：1面10円、カラー：1面50円（用紙の大きさ問わず）
行事費	実費
クラブ活動材料費	実費
クリーニング代	実費（施設での洗濯に適さないもの）

※その他医療費、検査費、予防接種費用等は別途かかります。
日用品（ティッシュ、歯ブラシ、化粧品など）は持ち込みとなります。

イ その他の費用

区 分	金額・内容説明
家族室代	1泊1室 2,500円
付添寝具代	1泊1人 1,000円
送迎代	片道 10Kmまでは1,000円 片道 10Km以上は5Km増すごとに500円加算 (送迎の基本的範囲は滝沢及び盛岡市内とする。入居者及び家族等の希望による外泊及び外出時の送迎とし、通常病院受診を除く。) (有料道路を使用した場合は別途)

(3) 支払い方法

利用料は、口座振替でのお支払いをお願いします。(翌月20日の引き落とし)

※一回132円の手数料は利用者負担となります。口座振替のご準備に時間を要する場合は下記のいずれかの方法でのお支払いをお願いします。

- ①現金払い（翌月末日までに支払い）
- ②銀行振込（翌月末日までに指定口座への振込） ※手数料は利用者負担となります。

8 サービス利用にあたっての留意事項

項 目	内 容
面会時間	午前8時から午後8時まで（土日・祝日も同様） 面会の際には、事務所窓口にて面会カードのご記入をお願いいたします。
金銭貴重品の管理	原則として貴重品の持ち込みはお断りします。万一、金銭等（小銭も含む）を入居者ご自身でお持ちになる場合は引き出しに保管するなど、盗難や紛失に十分お気をつけ願います。なお、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。
外出・外泊	事前に届出用紙にご記入の上お申し出ください。
飲酒・喫煙	飲酒は他の人の迷惑にならない程度で、喫煙は指定の場所で行います。
宗教活動	信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の入居者にならない範囲とさせていただきます。
ペット	ペットの持ち込みは原則としてお断りします。
ハラスメント	※ サービス利用にあたっての禁止行為 1) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為 2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の行為 3) サービス利用中にご契約者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

- | | |
|--|---|
| | 4) 以下の行動はハラスメントとはいたしません。
・認知症等の病気または障害の症状として現れた言動(BPSD)等 |
|--|---|

- (1) 外泊について、月内6日を限度として外泊できるものとします。
- (2) 施設を退所する場合には、退所後の生活に必要な医療、介護、行政サービスの利用ができるよう調整の便宜を図ります。

9 緊急時等の対応方法

入居者に容体の変化があった場合には、協力病院の医師に連絡を取る等必要な措置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡致します。

病院名	所在地・連絡先
孝仁病院	岩手県盛岡市中太田泉田28番 TEL 019-656-2888
かど歯科クリニック	岩手県盛岡市門1丁目19番17号 TEL 019-604-2260
盛岡北心療クリニック	岩手県盛岡市月が丘3丁目29-2 TEL 019-643-0321
むらた眼科クリニック	岩手県盛岡市みたけ5丁目8-30 TEL 019-648-8571

10 協力病院

11 入院期間中の居室の利用

入居者の長期入院中の居室について、短期入所生活介護(空床型)を利用する場合があります。その場合には、事前に入居者又は代理人にその旨を通知するものとし、その期間の居住費の徴収はしないものとします。

12 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、速やかに代理人、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

13 非常災害対策

当施設では次のような防災設備を備えています。また、防災訓練を実施しています。

- ・防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知機、非常通報装置、非常階段
非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置ほか
- ・防災訓練 年2回

14 相談窓口・苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

いこいの麓・滝沢あなぐち 苦情解決委員	受付担当	電話番号 019-601-5858 FAX 番号 019-601-5859 担当者 施設長：山内二三男 対応時間 8：30～17：15（月～金）
	民生委員・児童委員	大石 和夫 住所：滝沢市穴口 250-30 電話：019-641-3337
		高橋 真知子 住所：滝沢市穴口 275-10 電話：019-643-8483

○次の機関においても、苦情申出ができます。

岩手県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：岩手県盛岡市三本柳8-1-3 ふれあいランド岩手内 電話番号：019-637-8871
滝沢市役所 健康福祉部	所在地：岩手県滝沢市中鵜飼 55 電話番号：019-656-6521
盛岡市役所 保健福祉部介護保険課	所在地：岩手県盛岡市内丸12番2号盛岡市役所別館5階 電話番号：019-626-7562
岩手県国民健康保険 団体連合会保険介護課	所在地：岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電話番号：019-604-6700

その他市町村の機関窓口は別添をご参照ください。

【緊急連絡先】

第1連絡先	氏名：(続柄：) 住所：〒 電話番号(自宅)： (携帯)： (職場)：(会社名：)
第2連絡先	氏名：(続柄：) 住所：〒 電話番号(自宅)： (携帯)： (職場)：(会社名：)
第3連絡先	氏名：(続柄：) 住所：〒 電話番号(自宅)： (携帯)： (職場)：(会社名：)

【説明確認欄】

介護老人福祉施設をご利用にあたり、入居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ました。

令和 年 月 日

事業者 特別養護老人ホームいこいの麓・滝沢あなぐち
説明者 職名
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人福祉施設について重要事項の説明を受け、サービス提供の開始について同意します。

令和 年 月 日

入居者 住所
氏名 印

代理人 住所
氏名 印

入居者との続柄（ ）

本人、代理人用)

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）及び代理人（ ）は、社会福祉法人美楽会が、私及び代理人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

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) 入居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（入院、受診時の情報提供）、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の為
- (4) 入居者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 入居者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (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) 当施設が発行するHP(ホームページ)又は広報誌に、写真(活動風景等)への掲載
(はい ・ いいえ)
- (9) 居室のネームプレート記載
(はい ・ いいえ)
- (10) 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

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。

令和 年 月 日

利用者 住所.....

氏名.....印.....

代理人 住所.....

氏名.....印.....

利用者との続柄（.....）