

# ユニット型指定介護老人福祉施設

## 特別養護老人ホーム大名 利用重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。  
(沖縄県指定 第 4770100024 号)

当施設はご契約者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。

※当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護 3」以上と認定された方が対象となります。但し、要介護 1・2 の方についても特例入所として入居することが可能です。

### 〔目 次〕

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 1. 施設経営法人.....                    | 1 |
| 2. ご利用施設.....                     | 1 |
| 3. 居室の概要.....                     | 1 |
| 4. 職員の配置状況及び勤務体制.....             | 2 |
| 5. 当施設が提供するサービスと利用料金.....         | 3 |
| 6. サービス利用料金のお支払方法.....            | 4 |
| 7. 協力医療機関.....                    | 4 |
| 8. 苦情の受付について.....                 | 5 |
| 9. 事故発生時の対応及び損害賠償 .....           | 5 |
| 10. 災害時の対応 .....                  | 6 |
| 11. 施設をご利用の際に留意いただく事項.....        | 6 |
| 12. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）..... | 7 |
| 13. サービス提供における事業者の義務.....         | 9 |

|                      |    |
|----------------------|----|
| (別紙) サービス利用料金表 ..... | 11 |
|----------------------|----|

## 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 ゆうなの会  
(2) 法人所在地 沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地2  
(3) 電話番号 098-886-5070  
(4) 代表者氏名 理事長 玉城 篤子  
(5) 設立年月 昭和50年9月4日

## 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  
平成12年3月13日指定 沖縄県 4770100024号  
(2) 施設の目的 施設は、施設サービス計画書に基づき、可能な限り居宅における生活への復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他日常生活上の世話を行なうことにより、入居者がそ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にすることを目指します。  
(3) 施設の名称 特別養護老人ホーム 大名  
(4) 施設の所在地 沖縄県那覇市首里大名町1丁目43番地2  
(5) 電話番号 098-886-5070  
(6) 所長氏名 内間 幸男  
(7) 当施設の運営方針  
○地域と連携した高齢者福祉施設の拠点として、高齢者と家族の健やかな生活に貢献します。  
○沖縄のベストプラクティスとして、全国で輝ける存在を目指します。  
○地域と共にボランティアと共に歩む老人ホームを目指します。  
(8) 開設年月 昭和54年9月1日  
(9) 入所定員 100人 (10ユニット 1ユニット定員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、全室個室となります。定員10名1ユニットの10ユニットで構成されています。

| 居室・設備の種類  | 室数   | 備考      |
|-----------|------|---------|
| 居室(ユニット型) | 100室 | 個室・洗面設備 |
| 合 計       | 100室 |         |
| 共同生活室     | 10室  | テーブル等設置 |
| 便所        | 30ヶ所 | ユニット内   |

|       |      |           |
|-------|------|-----------|
| 汚物処理室 | 10ヶ所 | ユニット内     |
| 浴室    | 5室   | 更衣室・トイレ設置 |
| 医務室   | 1室   |           |

#### 4. 職員の配置状況及び勤務体制

当施設では、ご契約者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

| 職員の職種     | 人数  | 指定基準  | 勤務体制                                                                                                               |
|-----------|-----|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 所 長       | 1名  | 1名    | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 医 師       | 6名  | 必要数   | ① 内科医：火曜日<br>14:00～16:00<br>②精神科医：水曜日（月二回）<br>16:00～17:00                                                          |
| 法 人 事 務 局 | 4名  | 兼任有   | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 事 務 員     | 6名  | 兼任有   | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 施設サービス課長  | 1名  | 兼任    | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 生 活 相 談 員 | 3名  | 2名    | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 訓 練 指 導 員 | 2名  | 1名以上  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 看 護 職 員   | 5名  | 4名    | 早出の勤務 7:00～16:00<br>日勤の勤務 8:00～17:00<br>遅出の勤務 10:00～19:00                                                          |
| 介 護 職 員   | 40名 | 32名   | 早出の勤務 7:00～16:00<br>中出の勤務 9:00～16:00<br>遅出の勤務 10:00～19:00<br>昼出の勤務 13:00～22:00<br>準夜の勤務 15:00<br>夜勤の勤務 22:00～ 7:00 |
| 管 理 栄 養 士 | 3名  | 1名以上  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 調 理 師     | 15名 | 10名以上 |                                                                                                                    |
| 介護支援専門員   | 2名  | 1名以上  | 日勤の勤務 8:30～17:30                                                                                                   |
| 環境衛生管理員   | 3名  | 1名以上  |                                                                                                                    |
| リ ネ ン職員   | 2名  |       |                                                                                                                    |
| 清 掃 員     | 1名  |       |                                                                                                                    |

## 5. 当施設が提供するサービス（介護保険の基準サービス）と利用料金

当施設では、ご契約者に対して施設サービス計画に基づき、以下のサービスを提供します。

### （１）サービスの概要

| サービスの種別   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事       | <ul style="list-style-type: none"> <li>当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。</li> <li>ご契約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くことを原則としています。</li> </ul> <p>（食事時間） 朝食 7：30～ 9：00<br/>         昼食 11：30～13：00<br/>         夕食 17：30～19：00</p> |
| 入 浴       | <ul style="list-style-type: none"> <li>入浴又は清拭を週2回行います。</li> <li>座位がとれない方はストレッチャーを用いて入浴を行います。</li> </ul>                                                                                                                                            |
| 排 泄       | <ul style="list-style-type: none"> <li>排泄の自立を促すため、ご契約者の身体能力を最大限活用した援助を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                             |
| 機能訓練      | <ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。</li> </ul>                                                                                                                              |
| 健康管理      | <ul style="list-style-type: none"> <li>医師や看護職員が、健康管理、服薬管理を行います。</li> <li>契約者の主治医は当施設の嘱託医に変更となります。</li> <li>協力病院以外の受診に関しては送迎・介添えをお願いします。</li> <li>身体状況の急変時には医師、看護職員に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、ご家族へ速やかに連絡します。</li> </ul>                                     |
| その他自立への支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。</li> <li>毎日、口腔内の清潔を保てるよう援助します。</li> <li>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。</li> </ul>                                                                                                |
| 生活相談      | <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者及びご家族からの相談について、誠意を持って応じ、可能な限り必要な支援を行います。</li> </ul> <p>（相談窓口：生活相談員・介護支援専門員）</p>                                                                                                                          |
| レクリエーション  | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設での生活を実りあるものとするため、日々の趣味活動、外出活動、季節に応じた行事等を企画します。（行事等によっては参加費を本人に負担していただく場合があります。）</li> </ul>                                                                                                                |

### （２）サービス利用料金（契約書第5条参照）

（別紙）＜サービス利用料金（1日あたり）＞の料金表に定めます。ご契約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額を差し引いた金額（自己負担分）をお支払い下さい。

### (3) 介護保険の基準外サービス

以下のサービスの費用については全額、ご契約者の負担となります。

| サービスの種類 | 内 容                                                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特別な食事   | ・ご契約者のご希望に基づいて特別な食事（お酒も含みます。）を提供します。料金：要した費用の実費                                                 |
| 理 容     | ・理容サービスに関しては、調整し実施しております。実費にてサービスを利用できます。                                                       |
| 金銭管理    | ・原則として、施設での金銭・通帳管理は行っておりません。但し、ご家族での管理が困難な場合はご相談ください。                                           |
| 日常生活用品  | ・ご契約者の日常生活に要する費用で、衣類、履物、その他の嗜好品等ご本人に負担していただくことが適当であるものについては費用を負担していただきます。                       |
| クリーニング  | ・ご契約者の洗濯物については水洗い可能な物の範囲で洗濯サービスを無料で行います。それ以外の洗濯物についてはご契約者の費用負担で専門業者へ依頼することができます。                |
| ご契約者の移送 | ・ご契約者の通院、入院及び外出、外泊時の移送サービスは可能な限り行います。但し、施設で対応できない場合は、外部の移送サービスをご契約者の費用負担でご利用下さい。                |
| 複写物の交付  | ・ご契約者及びその後見人又は身元引受人は、サービス提供についての記録の閲覧及び自費による複写を求めることができます。ただし、この閲覧及び複写は事業所の業務に支障のない時間に行うこととします。 |

## 6. サービス利用料金のお支払方法

料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、ご請求します。毎月21日（土・日・祝祭日の場合は翌日）に指定された口座より引き落としさせていただきます。

## 7. 協力医療機関

医療を必要とする場合は、ご契約者の希望により、下記協力医療機関において診療・治療を受けることができます。（但し、下記の医療機関での優先的な診療・治療を保証するものではありません。）

### ①協力医療機関

|         |            |
|---------|------------|
| 医療機関の名称 | 名嘉村クリニック   |
| 所在地     | 浦添市伊祖4-2-1 |
| 診療科     | 内科         |

|         |            |
|---------|------------|
| 医療機関の名称 | 平安病院       |
| 所在地     | 浦添市経塚3-4-6 |
| 診療科     | 精神科        |

### ②協力歯科医療機関

|         |             |
|---------|-------------|
| 医療機関の名称 | サザン歯科まえた    |
| 所在地     | 浦添市前田1-10-7 |

## 8. 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専用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者

[ 所 長 ]      内間   幸男

○苦情受付担当者

[施設サービス課長]      伊波   成恭

○受付時間      毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30

○連絡先      886－5070

また、苦情受付ボックスを正面玄関事務所横に設置しています。

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

|                           |                                                                                            |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 那覇市<br>健康福祉部<br>ちゃーがんじゅう課 | 所在地      那覇市泉崎1－1－1<br>電話番号    862－9010（代）<br>FAX番号    862－9648<br>受付時間    9：00～17：00      |
| 国民健康保険団体連合会               | 所在地      那覇市西3－14－18<br>電話番号    863－2321（代）<br>FAX番号    867－6758<br>受付時間    9：00～17：00     |
| 沖縄県社会福祉協議会                | 所在地      那覇市首里石嶺町4－373－1<br>電話番号    887－2000（代）<br>FAX番号    887－2024<br>受付時間    9：00～17：00 |
| 那覇市社会福祉協議会                | 所在地      那覇市金城3－5－4<br>電話番号    857－7766（代）<br>FAX番号    857－6052<br>受付時間    9：00～17：00      |

## 9. 事故発生時の対応及び損害賠償

当施設において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。

ただし事業所に故意過失がない場合にはこの限りではありません。また事故発生につき契約者に重過失があると認められる場合は、損害賠償の額を減じる場合があります。

## 10. 非常災害時の対応

- ① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（課長 伊波成恭）

- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

- ③ 定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

避難訓練実施時期：（毎年2回 5月・11月）

## 11. 施設をご利用の際に留意いただく事項

|              |                                                                                           |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 来訪・面会        | 来訪者は面会時間を厳守し、必ず面会簿にご記入ください。<br>面会時間：9時00分～17時30分<br>※食べ物を持ち込む場合は健康管理及び事故防止のため、職員へご連絡ください。 |
| 外出・外泊        | ご契約者が宿泊する場合は必ず許可を得てください。<br>外出・外泊の際には必ず行先と帰宅時間を職員に申し出て下さい。                                |
| 協力医療機関以外への受診 | 看護職員へご相談ください。                                                                             |
| 居室・設備等の利用    | 施設内の居室や設備、器具等は本来の用法に従ってご使用ください。これに反してご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。                     |
| 喫煙・飲酒        | 喫煙、飲酒は、決められた場所以外ではお断りします。<br>原則として職員管理下とします。                                              |
| 迷惑行為等        | 騒音等他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。                                                                |
| 所持品の管理       | 腕時計、ネックレス、指輪などアクセサリー等については原則自己管理とさせていただきます。                                               |
| その他の管理       | 補聴器、義歯などの管理については紛失等の事故がありますので管理についてはその都度、事業所と家族との協議により決定したいと思います。                         |
| 私物の持ち込み      | 衣類を持ち込まれる場合は必ず記名をお願いします。<br>記名がない場合、紛失してしまうおそれがあります。                                      |
| 宗教・政治活動      | 施設内で他のご利用者に対する宗教及び政治活動はご遠慮下さい。                                                            |
| 動物の飼育        | 原則として、施設内でのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。                                                           |

## 1 2. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご契約者に退所していただくことになります。（契約書第 12 条参照）

- ① 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立又は要支援と判定された場合。また要介護 1、2 については特例入所に該当しない場合。
- ② 事業所がやむを得ない事由によりホームを閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 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
- ⑤ ご契約者から退所の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑥ ご契約者がお亡くなりになった場合

（1）ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）（契約書第 13 条、第 14 条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護保険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 ご契約者が入院された場合
- ③ 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護福祉施設サービスを実施しない場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業所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
- ⑥ 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、事業所が適切な対応をとらない場合



**(2) 事業所からの申し出により退所していただく場合（契約解除）（契約書第 15 条参照）**

以下の事項に該当する場合には、当施設からの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い、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いが 6 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者及びその家族又は身元引受人等が、故意又は重大な過失により事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、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 か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 ご契約者が他の介護保険施設に入所した場合

**(3) 契約者が病院等に入院された場合の対応について（契約書第 17 条参照）**

当施設に入所中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は、以下の通りです。

- ① 検査入院等の短期入院の場合、1 ヶ月につき 6 日以内（連続して 6 泊、複数の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、所定の利用料金をご負担いただきます。
- ② 上記の期間を超える入院については、3 ヶ月以内に退院すれば、退院後再び施設に入所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時にホームの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。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。
- ③ 3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合においても、当施設に再び優先的に入所できるよう調整致します。ご意向お伝えください。

#### (4) 円滑な退所のための援助（契約書第 16 条参照）

ご契約者が当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。

- 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
- 居宅介護支援事業者の紹介
- 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

### 1 3. サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の 30 日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- ④ご契約者の施設サービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存しなければなりません。
- ⑤ご契約者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者又は他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。
- ⑥事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）  
ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。  
また、ご契約者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

(別紙)

＜サービス利用料金（１日あたり）＞

令和 6 年 10 月 1 日改定

下記の料金表によって、ご契約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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

（サービスの利用金額は、ご契約者の要介護度に応じて異なります）

| 区分         |                                                                        | 要介護度     | 単位  | 利用料<br>(介護報酬<br>総額) | 保険請求額<br>【9割】 | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 保険請求額<br>【8割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 保険請求額<br>【7割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 |
|------------|------------------------------------------------------------------------|----------|-----|---------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|---------------|--------------------|
| ユニット型個室    | 特例<br>入所                                                               | 要介護<br>1 | 670 | 6,700               | 6,030         | 670                | 5,360         | 1,340              | 4,690         | 2,010              |
|            |                                                                        | 要介護<br>2 | 740 | 7,400               | 6,660         | 740                | 5,920         | 1,480              | 5,180         | 2,220              |
|            |                                                                        | 要介護<br>3 | 815 | 8,150               | 7,335         | 815                | 6,520         | 1,630              | 5,705         | 2,445              |
|            |                                                                        | 要介護<br>4 | 886 | 8,860               | 7,974         | 886                | 7,088         | 1,772              | 6,202         | 2,658              |
|            |                                                                        | 要介護<br>5 | 955 | 9,550               | 8,595         | 955                | 7,640         | 1,910              | 6,685         | 2,865              |
| 居室に係る自己負担額 | 2,066 円 (880 円・1,370 円)                                                |          |     |                     |               |                    |               |                    |               |                    |
| 食事に係る自己負担額 | 1,445 円 (300 円・390 円・650 円・1,360 円)<br>(内訳:朝食 385 円・昼食 530 円・夕食 530 円) |          |     |                     |               |                    |               |                    |               |                    |

☆居室と食事に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

※当施設の基本料金は上記のとおりですが下記内容に該当する場合はその金額が加算されます。

| 加算名         | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 | 内容(算定要件)                                   |
|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------------|
| 精神科医師療養指導加算 | 5                  | 10                 | 15                 | 精神科医師による月 2 回の療養指導が行われていること                |
| 個別機能訓練加算(Ⅰ) | 12                 | 24                 | 36                 | 機能訓練指導員による計画的な機能訓練を実施した場合                  |
| 個別機能訓練加算(Ⅱ) | 20                 | 40                 | 60                 | 機能訓練指導員による計画的な機能訓練を実施した場合(LIFE)            |
| 看護体制加算(Ⅰ)   | 4                  | 8                  | 12                 | 常勤看護師 1 名以上配置                              |
| 看護体制加算(Ⅱ)   | 8                  | 16                 | 24                 | 重度化に伴うニーズに対応する観点から、基準を上回る看護職員を配置することに対する加算 |

| 加算名            | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 | 内容(算定要件)                                        |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------------------------|
| 栄養マネジメント強化加算   | 11                 | 22                 | 33                 | 管理栄養士を中心に週3回以上食事を観察し、計画に基づいた個別の栄養を提供した場合        |
| 夜勤職員配置加算       | 21                 | 42                 | 63                 | 基準を上回る夜勤職員を配置し、かつ喀痰吸引のできる職員を配置することによる加算         |
| 日常生活継続支援加算     | 46                 | 92                 | 138                | 介護福祉士を一定割合以上配置することによる加算                         |
| 口腔衛生管理加算       | 90                 | 180                | 270                | 歯科衛生士が月2回以上入居者に口腔ケアを行う                          |
| 経口移行加算         | 28                 | 56                 | 84                 | 経口摂取をすすめるために医師の指示に基づく栄養管理                       |
| 経口維持加算(Ⅰ)      | 400                | 800                | 1,200              | 摂食障害を有し、誤嚥が認められる入居者に対して経口維持計画を立てている             |
| 経口維持加算(Ⅱ)      | 100                | 200                | 300                | 経口による食事が維持できるように歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士加わった場合          |
| 療養食加算          | 18                 | 36                 | 54                 | 疾病治療の手段として医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合                  |
| 看取り介護加算(1)Ⅱ    | 72                 | 144                | 216                | 計画のもと看取り介護が行われた場合(死亡日31日～45日)                   |
| 看取り介護加算(2)Ⅱ    | 144                | 288                | 432                | 計画のもと看取り介護が行われた場合(死亡日4日～30日)                    |
| 看取り介護加算(3)Ⅱ    | 780                | 1,560              | 2,340              | 計画のもと看取り介護が行われた場合(死亡日の前日・前々日)                   |
| 看取り介護加算(4)Ⅱ    | 1,580              | 3,160              | 4,740              | 計画のもと看取り介護が行われた場合(死亡日)                          |
| 配置医師緊急時対応加算    | 350                | 1,300              | 1,950              | 配置医師が施設を訪問し診療を行った場合(14～16時・早朝・夜間・深夜以外)          |
|                | 650                | 1,300              | 1,950              | 配置医師が施設を訪問し診療を行った場合(早朝6～8時・夜間18～22時)            |
|                | 1,300              | 2,600              | 3,900              | 配置医師が施設を訪問し診療を行った場合(深夜22時～6時)                   |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) | 40                 | 80                 | 120                | 心身の状況等を厚労省へ提出し、フィードバックを受けた計画に基づいたサービスを提供した場合    |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 50                 | 100                | 150                | 心身・疾病の状況等を厚労省へ提出し、フィードバックを受けた計画に基づいたサービスを提供した場合 |
| 初期加算           | 30                 | 60                 | 90                 | 入所日から30日間、または1月を超える入院後の退院から30日間                 |
| 安全対策体制加算       | 20                 | 40                 | 60                 | 指定基準に適合している施設でサービスを行った場合(入所初日のみ)                |

| 加算名              | 利用者<br>負担額<br>【1割】 | 利用者<br>負担額<br>【2割】 | 利用者<br>負担額<br>【3割】 | 内容(算定要件)                                                           |
|------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 外泊時費用加算          | 246                | 492                | 738                | 外泊、入院した当該日の翌日から最大 6 日間発生します。また外泊、入院が複数月にまたがる場合には連続して最大 12 日間発生します。 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)  | 22                 | 44                 | 66                 | 介護福祉士が全体の 80%以上配置、又勤続 10 年以上の介護福祉士が 35%以上配置されている場合                 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ)  | 18                 | 36                 | 54                 | 介護福祉士が全体の 60%以上配置されている場合                                           |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)  | 6                  | 12                 | 18                 | 介護福祉士が 50%以上配置、又は 7 年以上の勤続年数者が 30%以上配置されている場合                      |
| 高齢者施設感染対策向上加算(Ⅰ) | 10/月               | 20/月               | 30/月               | 医師会等が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場合                        |
| 高齢者施設感染対策向上加算(Ⅱ) | 5/月                | 10/月               | 15/月               | 医療機関から 3 年に 1 回以上施設内で感染者発生した場合の現地指導を受けている場合                        |
| 新興感染症等施設療養費      | 240                | 480                | 720                | 厚生労働大臣が定める感染症に感染した入居者に対して介護サービスを行った場合(連続 5 日を限度とする)                |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ     |                    |                    | 所定単位数の 14.0%を加算    |                                                                    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ     |                    |                    | 所定単位数の 13.6%を加算    |                                                                    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅲ     |                    |                    | 所定単位数の 11.3%を加算    |                                                                    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ     |                    |                    | 所定単位数の 9.0%を加算     |                                                                    |

※算定要件の整備状況により加算の算定が可能となります。

※所定単位数：基本サービス費に各種加算を加えた総単位数

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

□利用者負担段階と負担限度額

| 負担限度額(日額) |                                                                 |       |        |       |        |
|-----------|-----------------------------------------------------------------|-------|--------|-------|--------|
| 利用者負担段階   | 対象者                                                             | 居住費   |        | 食費    |        |
|           |                                                                 | 1日あたり | 1ヵ月あたり | 1日あたり | 1ヵ月あたり |
| 第1段階      | ・世帯の全員が市区町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方<br>・生活保護等を受給されている方      | 820   | 25,420 | 300   | 9,300  |
| 第2段階      | 公的年金額等が 80 万円以下かつ、預貯金額 650 万円(配偶者がいる場合は合算して 1650 万円)以下の方        | 820   | 25,420 | 390   | 12,090 |
| 第3段階①     | 公的年金額が 80 万円超 120 万円以下かつ、預貯金額 550 万円(配偶者がいる場合は合算して 1550 万円)以下の方 | 1,310 | 40,610 | 650   | 20,150 |
| 第3段階②     | 公的年金額が 120 万円超かつ、預貯金額 500 万円(配偶者がいる場合は合算して 1500 万円)以下の方         | 1,310 | 40,610 | 1,360 | 42,160 |
| 第4段階      | ・上記以外の方                                                         | 2,066 | 64,046 | 1,445 | 44,795 |

□食費・部屋代の負担軽減、対象者の判定の流れ

|                                                                                                                                                       |        |                            |                                          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------|------------------------------------------|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人及び同一世帯の方の前年の所得を基に判断</li> <li>・配偶者が市区町村民税を課税されている(世帯が同じかどうかは問わない)</li> <li>・預貯金等の金額を確認し、基準額を超える場合</li> </ul> | 住民税課税  | 対象外                        | 対象外                                      | 対象外 |
|                                                                                                                                                       | 住民税非課税 | 上記利用者負担段階と負担限度額の表の預貯金参照下さい | 一定額を超える預貯金等がある場合<br><br>一定額を超える預貯金等がない場合 |     |

\* 預貯金に含まれるものは、普通預金・定期預金・有価証券(株式・国債・地方債・社債等)・金・銀(積み立て購入を含む)等、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属。投資信託・現金。

\* 預貯金に含まれないものとしては、生命保険・自動車・腕時計・宝石等の時価評価額の把握が難しい貴金属・絵画・骨董品・家財等があります。

\* 不正に受給した場合には、それまでに受けた給付額に加え、最大 2 倍の加算金(給付額と併せ最大 3 倍の額)を納付していただく場合があります。

□利用者負担割合の見直しについて

平成 30 年 8 月から負担能力のある一定以上の所得の方については、自己負担が 2 割・3 割となります。（下表参照）

| 利用者負担割合                |                                 |                     |                                                           |     |
|------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-----|
| 要介護認定を受けている<br>第1号被保険者 | 本人所得金額が<br>220 万円以上             | 年金収入＋その他の<br>合計所得金額 | 単身世帯で 340 万円以上<br>または<br>2 人以上世帯で 463 万円以上                | 3 割 |
|                        |                                 |                     | 単身世帯 280 万円以上 340 万円未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円以上 463 万未満 | 2 割 |
|                        |                                 |                     | 単身世帯 280 万円未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円未満                  | 1 割 |
| 要介護認定を受けている<br>第1号被保険者 | 本人所得金額が<br>160 万円以上<br>220 万円未満 | 年金収入＋その他の<br>合計所得金額 | 単身世帯 280 万円以上<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円以上                  | 2 割 |
|                        |                                 |                     | 単身世帯 280 万円未満<br>または<br>2 人以上世帯 346 万円未満                  | 1 割 |
|                        | 本人の合計所得金額が 160 万円未満             |                     |                                                           | 1 割 |

※第 2 号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の方）、市区町村民税非課税の方、生活保護受給者は上記に関わらず 1 割負担

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（別紙）の説明を行い、交付致しました。

指定介護老人福祉施設 大名

説明者職名\_\_\_\_\_

説明者氏名\_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項（別紙）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、重要事項説明書を受領致しました。

利用者住所 沖縄県那覇市首里大名町 1 丁目 43 番地 2  
特別養護老人ホーム 大名

利用者氏名\_\_\_\_\_印

家族の住所\_\_\_\_\_

家族の氏名\_\_\_\_\_印

続 柄\_\_\_\_\_