

重 要 事 項 説 明 書

(令和 7 年 9 月 1 日 現在)

1 介護老人福祉施設サービスを提供する事業者について

事 業 者 名 称	社会福祉法人 湖星会
代 表 者 氏 名	理事長 湖山 泰成
所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	福島県二本松市木幡字東和代65番1 0243-24-7077
法人設立年月日	平成17年10月17日

2 入所者に対してのサービス提供を実施する施設について

(1) 施設の所在地等

施 設 名 称	特別養護老人ホーム スターレイク仙台
介護保険指定 事業所番号	0475105698
代 表 者 氏 名	施設長 西田 裕佳
施 設 所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	宮城県仙台市青葉区錦町1丁目8-10 電話番号 022-290-1360 FAX 番号 022-302-6866

(2) 事業の目的及び運営の方針

事 業 の 目 的	社会福祉法人湖星会が開設する特別養護老人ホーム スターレイク仙台(以下「当事業所」という。)が行う介護福祉施設サービスの適正な運営を確保するために職員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所の管理者及び職員が要介護状態にある入所者に対し、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	①入所者一人ひとりの意思および人格を尊重し、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おいて、入所者の居宅における生活と利用中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所者が相互に社会的関係を築き、自立的な日常生活を営むことを支援します。 ②当事業所は、地域や家庭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または福祉サービスを提供する事業者との密接な連携に努めます。

(3) 施設概要

建 物 の 構 造	鉄筋コンクリート造 7階建
敷 地 面 積 (延べ床面積)	4,298.57㎡ (12,882.32㎡)
開 設 年 月 日	令和3年12月1日
入 所 定 員	200 名
居 室	ユニット型個室(1室12.90～13.95㎡)

<主な設備等>

地域交流スペース	1 室 211. 270 m ²
共 同 生 活 室	20 室 1 室 31.870 m ²
機 械 浴 室	4 室 1 室 13.320 m ²
浴室(ユニット毎)	浴室(ユニット毎) 1 室 5.990 m ²
そ の 他	厨房・事務室・談話室・会議室等

(4) 利用定員

利 用 定 員 内 訳	1ユニット 10名
-------------	-----------

(5) 職員体制

管 理 者	施設長 西田 裕佳
-------	-----------

職	職 務 内 容	人 員 数
施 設 長	1 職員及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 職員に、法令等において規定されている遵守すべき事項において指揮命令を行います。	1名
医 師	入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。	1名以上
介護支援専門員	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。	2名以上
生 活 相 談 員	入所者の入退所、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行います。	2名以上
看 護 職 員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行います。	5名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能を改善し、又はその減退を防止するための訓練又はレクリエーションの計画・指導を行う。	1名以上
介 護 職 員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。 (7:00～22:00)までは1ユニット毎に1名以上、22:00～翌7:00までは2ユニット毎に1名以上配置)	62名以上
管 理 栄 養 士 (栄 養 士)	食事の献立、栄養計算等入所者に対する栄養指導等を行います。	1名以上
そ の 他 職 員	事務等、その他業務を行います。	1名以上

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
居 室	1 一人ひとりのプライバシーに配慮した完全個室です。 2 居室は日当たりが良く、ベランダが付いています。 3 備品として、ベッド、チェストがあります。 4 これまでの生活で使用していた馴染みの品々をお持ちください。 (但し、スペースに限りがありますので、ご相談下さい。)
施設サービス計画の作成	1 介護支援専門員が、入所者の心身の状態や、生活状況の把握(アセスメント)を行い、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画を作成します。 2 作成した施設サービス計画の内容について、入所者又はその家族に対して、説明し文書により同意を得ます。 3 施設サービス計画を作成した際には、入所者に交付します。 4 計画作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事	《食事の時間》 朝 食 8:00 ～ 9:00 昼 食 12:00 ～ 13:00 おやつ 15:00 夕 食 18:00 ～ 19:00 1 食事の基本的時間は上記の通りですが、入所者の状態にあわせた時間で提供します。 2 日常生活の自立支援に配慮して可能な限り離床して行うように努めます。 3 誕生日や、季節の行事に合せた食事等々、楽しんでいただけるようバラエティに富んだ食事を提供します。 4 管理栄養士(栄養士)の立てる献立表により、栄養並びに入所者の心身の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。 5 栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を行います。 6 入所者が相互に社会的関係を築くことができるよう、その意志を尊重しつつ、共同生活室および希望なされる場所で食事を摂ることを支援します。 7 入所の心身の状況等に応じ、適切な方法で食事の自立について必要な援助を行います。
介 護	施設サービス計画に沿って、下記介護を行います。 1 着替え、排泄、食事などの介助、シーツ交換(週 1 回)、施設内外での移動の介助などを行います。 2 日常生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 3 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるよう支援します。 4 今までの人生を大切に、一人ひとりに合わせた生活を楽しむ支援を行います。 5 入所者の日常生活における家事を入所者の心身の状況等に応じてそれぞれの役割をもって行うよう、適切に支援します。

入浴	1 入浴又は清拭を週2回以上行います。 入所者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日を変更し対応致します。 2 状態に応じ、一般個浴、特別浴、清拭等となります。
排せつ	排せつの自立を促すため、入所者の身体能力を利用した援助を行います。
機能訓練	入所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。
相談及び援助	入所者及び身元引受人からのいかなる相談にも誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 (相談窓口) 生活相談員
口腔衛生の管理	入所者の口腔の健康保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
健康管理	1 看介護職員等による健康チェック、年1回の健康診断を行います。 2 原則として月1回は、嘱託医師による診察日を設け、健康管理に努めます。 嘱託医師 川西湖山病院 乾 清重・石坂 重昭・菅原 弘光 3 緊急時等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関(下記 11)等に責任をもって引き継ぎます。
その他自立への支援	1 寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。 2 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を行います。
その他	1 施設での生活をより豊かにする為に、適宜レクリエーション行事を企画します。 2 入所者が日常生活を営むのに必要な行政機関等に対する手続きについて、入所者又は身元引受人が行うことが困難な場合は、介護支援専門員及び生活相談員にご相談ください。 3 入所者の外出の機会を確保するよう努めます。

(2) 利用料金

① 基本料金

介護サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める介護報酬告示上の額とし、当該事業が法定代理受領サービスであるときは、各入所者の負担割合に応じた額とし、法定代理受領以外は介護報酬の額となります。

要介護区分	1日あたりの 単位数	自己負担金額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護5	955単位	981円	1962円	2943円
要介護4	886単位	910円	1820円	2730円
要介護3	815単位	837円	1674円	2511円
要介護2	740単位	760円	1520円	2280円
要介護1	670単位	688円	1376円	2064円

※介護保険料一部負担金:1単位=10.27円(6等級)で算出

②基本料金以外に必要なサービスの利用加算料金

加算項目	サービス 単位	自己負担金			加算要件
		1割負担	2割負担	3割負担	
安全対策体制 加算 (入所時 1 回)	20 単位	21 円	41 円	62 円	外部研修を受けた担当者が配置され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場合。
安全管理体制 未実施減算 (1 日につき)	-5 単位	-6 円	-11 円	-16 円	運営基準における事故の発生又は再発を防止するための措置が講じられていない場合。
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (1 月につき)	40 単位	41 円	82 円	123 円	入所者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) (1 月につき)	50 単位	52 円	103 円	154 円	入所者の心身状況等に係る基本的な情報に加え疾病等や服薬等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。
ADL 等維持加算(Ⅰ) (1 月につき)	30 単位	31 円	62 円	93 円	評価対象者の総数が 10 名以上で、評価対象者全員について評価対象利用期間の初月と当該月の翌月から起算して 6 月目において ADL を評価しその評価に基づく値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出している場合。評価対象者の利用開始月の翌月から起算して 6 月目の月に測定した ADL 値から一定の基準に基づき算出した値の平均値が 1 以上であること。

ADL 等維持加算(Ⅱ) (1 月につき)	60 単位	62 円	124 円	185 円	評価対象者の総数が 10 名以上で、評価対象者全員について評価対象利用期間の初月と当該月の翌月から起算して 6 月目において ADL を評価しその評価に基づく値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に当該測定を提出している場合。 評価対象者の利用開始月の翌月から起算して 6 月目の月に測定した ADL 値から一定の基準に基づき算出した値の平均値が 3 以上であること。
個別機能訓練加算(Ⅰ) (1 日につき)	12 単位	13 円	25 円	37 円	基準に該当する機能訓練指導員を配置し、看護・介護職員等と共同して個別の機能訓練計画を作成・実施している場合。
個別機能訓練加算(Ⅱ) (1 月につき)	20 単位	21 円	41 円	62 円	個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している入所者について、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、必要な情報を活用している場合。
個別機能訓練加算(Ⅲ) (1 月につき)	20 単位	21 円	41 円	62 円	個別機能訓練加算(Ⅱ)、口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定している入所者について、入所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の機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報、入所者の口腔の健康状態に関する情報及び入所者の栄養状態に関する情報を総括提供し、必要に応じて見直し

					を行い理学療法士等の関係職種間で共有している場合。
栄養管理未実施減算 (1日につき)	-14 単位	-15 円	-29 円	-43 円	栄養士又は管理栄養士の員数を置いていること及び指定介護老人福祉施設基準代17条の2に規定する基準を満たさない場合は、1日につき14単位を減算する。
再入所時栄養連携加算 (1日につき)	200 単位	206 円	411 円	617 円	入院し施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となり、医療機関の栄養食事指導に同席のうえ、栄養ケア計画の原案を作成した場合。(入所者1人につき1回を限度)
栄養マネジメント強化加算 (1日につき)	11 単位	12 円	23 円	34 円	入所者の数を50で除した数以上の管理栄養士を配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者に対して、多職種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回以上行う。また低栄養状態のリスクが低い入所者の変化にも対応を行い、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。
口腔衛生管理加算(Ⅰ) (1月につき)	90 単位	93 円	185 円	278 円	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し口腔ケアを月2回以上行い、口腔に関する相談等に必要に応じ対応した場合。
口腔衛生管理加算(Ⅱ) (1月につき)	110 単位	113 円	226 円	339 円	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を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用している場合。

サービス提供 体制加算(Ⅲ) (1日につき)	6単位	7円	13円	19円	介護職員のうち介護福祉士を50%以上配置、看護・介護職員の常勤の職員を75%以上配置、勤続7年以上の職員を30%以上配置のいずれかに該当している場合。
自立支援促進 加算 (1月につき)	280単位	288円	575円	863円	医師が入所者ごとに施設に入所時に自立支援に係る医学的評価を行い、6か月に1回医学的評価を行うもの。その結果を厚生労働省提出し必要な情報を活用している場合。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ) (1月につき)	3単位	3円	6円	9円	継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合。
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ) (1月につき)	13単位	14円	27円	40円	
排泄支援加算(Ⅰ) (1月につき)	10単位	11円	21円	31円	都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届け出を行った介護老人福祉施設において、継続的に入所者ごとの排泄に係る支援を行った場合。
排泄支援加算(Ⅱ) (1月につき)	15単位	16円	31円	47円	
排泄支援加算(Ⅲ) (1月につき)	20単位	21円	41円	62円	
認知症専門ケア加算(Ⅰ) (1日につき)	3単位	3円	6円	9円	厚生労働大臣が定める者に対し専門的な認知症ケアを行った場合。
認知症専門ケア加算(Ⅱ) (1日につき)	4単位	5円	9円	13円	
看取り加算(Ⅰ) 死亡日45日前 ～31日前 (1日につき)	72単位	74円	148円	222円	基準に該当する職員配置及び身元引受人の合意、書類の整備等の条件を整備し看取り介護を行なった

看取り加算 (Ⅰ) 死亡日 30 日前 ～4 日前 (1 日につき)	144 単位	148 円	296 円	444 円	場合。尚、施設外で死亡された場合でも算定可。
看取り加算 (Ⅰ) 死亡日前々 日、前日 (1 日につき)	680 単位	699 円	1397 円	2095 円	
看取り加算 (Ⅰ) 死亡日 (1 日につき)	1280 単位	1315 円	2629 円	3944 円	
看取り加算 (Ⅱ) 死亡日 45 日前 ～31 日前 (1 日につき)	72 単位	74 円	148 円	222 円	基準に該当する医師、職員配置及び家族等の合意、職位の整備等の条件を整備し看取り介護を行った場合。尚、施設外で死亡された場合は算定不可。
看取り加算 (Ⅱ) 死亡日 30 日前 ～4 日前 (1 日につき)	144 単位	148 円	296 円	444 円	
看取り加算 (Ⅱ) 死亡日前々 日、前日 (1 日につき)	780 単位	801 円	1602 円	2403 円	
看取り加算 (Ⅱ) 死亡日 (1 日につき)	1580 単位	1623 円	3246 円	4868 円	
経口維持加算 (Ⅰ) (1 月につき)	400 単位	411 円	822 円	1233 円	経口により食事を摂取している者であって、摂食機能障害を有し水飲みテスト等により誤嚥が認められ、医師又は歯科医師の指示を受けた者に対し、月 1 回以上多職種が共同して食事の観察及び会議を行い、経口維持計画の作成・見直しを行っている場合。

経口維持加算 (Ⅱ) (1月につき)	100 単位	103 円	206 円	309 円	食事の観察及び会議に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれかが1名以上加わり、多職種の意見に基づく質の高い経口維持計画を策定した場合。(経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は算定できない。)
夜勤職員配置 加算(Ⅳ)ロ (1日につき)	21 単位	22 円	43 円	65 円	夜勤を行う介護職員又は看護職員の数が夜勤時間帯を通して看護職員又は喀痰吸引等ができる介護職員を配置した場合。
日常生活継続 支援加算(Ⅱ) (1日につき)	46 単位	48 円	95 円	142 円	算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所の総数のうち要介護4・要介護5の者の割合が70/100以上で、認知症である者の割合が65/100以上であり、社会福祉士等が入所者の15/100以上であること並びに定員超過利用・人員基準欠如に該当していない場合
看護体制加算 (Ⅰ)ロ (1日につき)	4 単位	5 円	9 円	13 円	常勤の看護師を1名以上配置した場合。
看護体制加算 (Ⅱ)ロ (1日につき)	8 単位	9 円	17 円	25 円	入所者25人に対して1人以上かつ基準+1人以上の看護職員を配置し、24時間連絡体制を確保した場合。
若年性認知症 入所者受け入れ 加算 (1日につき)	120 単位	124 円	247 円	370 円	受け入れた若年性認知症の入所者ごとに個別に担当を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行った場合。

外泊時費用 (1日につき)	246 単位	253 円	506 円	758 円	6日以内の入院又は 外泊された場合。
常勤医師配置 加算 (1日につき)	25 単位	26 円	52 円	77 円	常勤専従医師を1名 以上配置している場 合。
精神科医療養 加算(1日につ き)	5 単位	6 円	11 円	16 円	認知症の症状を呈す る入所者が全入所者 の3分の1を占め て、精神科を担当す る医師による定期的 な療養指導が付き2 回以上行われている 場合。
障害者生活支 援体制加算 (Ⅰ) (1日につき)	26 単位	240 円	54 円	81 円	視覚、聴覚もしくは言 語機能に障害がある 者、知的障害又は精 神障害者である入所 者の数が15名以上 又は入所者のうち、視 覚障害者等である入 所者の占める割合が 30/100以上である指 定介護老人福祉施設 において、視覚障害 者等に対する生活支 援に関し専門性を有 する者として別に厚 生労働大臣が定める 者であって専ら障害 者生活支援員として 職務に従事する常勤 職員を1名以上配置 している場合。
障害者生活支 援体制加算 (Ⅱ) (1日につき)	41 単位	43 円	85 円	127 円	視覚障害者等である 入所者の占める割合 が50/100以上である 指定介護老人福祉施 設において、視覚障 害者等に対する生活 支援に関し専門性を 有する者として別に 厚生労働大臣が定め る者であって専ら障 害者生活支援員とし て職務に従事する常 勤職員を2以上配置 している場合。
外泊時在宅 サービス利用 費用 (1日につき)	560 単位	576 円	1151 円	1726 円	入所者に対し居宅に おける外泊を認め、 指定老人福祉施設が 居宅サービスを提供

					する場合。 1月に6日を限度とする。
初期加算 (1日につき) ※入所後30日 間に限る	30単位	31円	62円	93円	入所した日から30日 以内の期間、又は30 日以上入院後再入所 した場合。
退所前訪問相 談援助加算 (1日につき)	460単位	473円	945円	1418円	退所に先立って居宅 を訪問し入所者・身元 引受人に退所後の サービス利用につい て相談援助を行った 場合。 (入所中1回を限度)
退所後訪問相 談援助加算 (1日につき)	460単位	473円	945円	1418円	退所後30日以内に 居宅を訪問し、入所 者・身元引受人に相 談援助を行った場 合。 (退所後1回を限度)
退所前連携加 算 (1回につき)	500単位	514円	1027円	1541円	退所に先立って、入 所者が希望する居達 介護支援時御者へ退 所後のサービス利用 について文書による 情報を提供し、連携し て調整を行った場 合。 (一人につき1回を限 度)
経口移行加算 (1日につき)	28単位	29円	58円	87円	経口移行計画に従 い、医師の指示を受 けた管理栄養士又は 栄養士による栄養管 理及び言語聴覚士又 は看護職員による支 援が行なわれた場 合。
療養食加算 (1回につき)	6単位	7円	13円	19円	医師の指示(食事箋) に基づき、治療食の 提供が行われた場 合。 (1日3食を限度)
配置医師緊急 時対応加算(早 朝・夜間及び深 夜を除く) (1回につき)	325単位	334円	668円	1002円	配置医師の通常の勤 務時間外、早朝、夜 間又は深夜に該当指 定介護老人福祉施設 を訪問して入所者に

配置医師緊急 時対応加算(早 朝・夜間) (1回につき)	650 単位	668 円	1335 円	2003 円	対し診療を行い、か つ、診療を行った理 由を記録した場合。 早朝:午前 6 時から 午前 8 時 夜間:午後 6 時から 午後 10 時 深夜:午後 10 時から 午前 6 時
配置医師緊急 時対応加算(深 夜) (1回につき)	1300 単位	1336 円	2671 円	4006 円	
在宅復帰支援 機能加算 (1日につき)	10 単位	11 円	21 円	31 円	入所者の家族との連 絡調整を行い、入所 者が利用を希望する 指定居宅介護支援事 業者に対して、利用 者に係る居宅サービ スに必要な情報の提 供、退所後の居宅 サービスの利用に関 する調整を行っている 場合。
在宅・入所相互 利用加算 (1日につき)	40 単位	41 円	82 円	123 円	都道府県知事に対 し、老健局長が定め る様式による届出を 行った場合。
認知症行動・心 理症状緊急対 応加算 (1日につき)	200 単位	206 円	411 円	617 円	医師により、認知症の 行動・心理症状が認 められた入所者につ いて、緊急入所した 場合。(入所日から 7 日を限度)
特別通院送迎 加算 (1月につき)	594 単位	610 円	1220 円	1830 円	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 め送迎を行った場 合。
協力医療機関 連携加算(1) (1月につき) ※R7.3.31 まで	100 単位	103 円	206 円	309 円	入所者の同意を得 て、当該入所者の病 歴等の情報を共有す る会議を定期的に関 連している場合。 協力医療機関が、指 定介護老人福祉施設 の人員、設備及び運 営に関する基準を満 たしている場合。
協力医療機関 連携加算(1) (1月につき) ※R7.4.1 から	50 単位	52 円	103 円	154 円	

協力医療機関 連携加算(2) (1月につき)	5 単位	6 円	11 円	16 円	(I)の要件に該当しない場合。
退所時情報提供加算 (1回につき)	250 単位	257 円	514 円	771 円	入所者が退所し医療機関に入院する場合において、医療機関に対して入所者の同意を得て、入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、入所者の紹介を行った場合。
高齢者施設等 感染対策向上 加算(I) (1月につき)	10 単位	11 円	21 円	31 円	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時の対応を行う体制を確保し、協力医療機関等との間で感染症の発生時の対応を取り決め、感染症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場合、並びに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。
高齢者施設等 感染対策向上 加算(II) (1月につき)	5 単位	6 円	11 円	16 円	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に係る実地指導を受けている場合。
新興感染症等 施設療養費 (1日につき)	240 単位	247 円	493 円	740 円	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相談対応、診療、入院調整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場合。
認知症チーム ケア推進加算 (I) (1月につき)	150 単位	154 円	308 円	462 円	厚生労働大臣が定めるものに対し認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早

認知症チーム ケア推進加算 (Ⅱ) (1月につき)	120 単位	124 円	247 円	370 円	期対応に資するチ ームケアを行った場合。
退所時栄養情 報連携加算 (1回につき)	70 単位	72 円	144 円	216 円	特別食を必要とする 入所者又は低栄養状 態にあると医師が判 断した入所者が指定 介護老人福祉施設か ら退所する際に、当 該入所者の主治医の 属する病院又は介護 支援専門員に対して 当該入所者の同意を 得て栄養管理に関す る情報を提供した場 合。
生産性向上推 進体制加算 (Ⅰ) (1月につき)	100 単位	103 円	206 円	309 円	利用者の安全並びに 介護サービスの質の 確保及び職員の不安 軽減に資する方策を 検討するための委員 会において規定の事 項について必要な検 討を行っている場合。 介護機器の活用によ る業務の効率化及び ケアの質の確保並び に職員の負担軽減に 関する実績がある場 合。事業年度毎に厚 生労働省へ報告して いる場合。
生産性向上推 進体制加算 (Ⅱ) (1月につき)	10 単位	11 円	21 円	31 円	利用者の安全並びに 介護サービスの質の 確保及び職員の不安 軽減に資する方策を 検討するための委員 会において規定の事 項について必要な検 討を行っている場合。 介護機器を使用して いる場合。事業年度 毎に厚生労働省へ報 告している場合。

介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) (1月につき)	加算率 24.5%	所定単位×24.5%	介護職員・その他の職員の賃金の改善を実施し、下記の①～⑧のすべての要件を満たす場合。 ①月額賃金改善要件Ⅰ ②月額賃金改善要件Ⅱ ③キャリアパス要件Ⅰ ④キャリアパス要件Ⅱ ⑤キャリアパス要件Ⅲ ⑥キャリアパス要件Ⅳ ⑦キャリアパス要件Ⅴ ⑧職場環境等要件
介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	加算率 22.4%	所定単位×22.4%	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の要件のうち、⑦の要件を満たさなくても算定することができる。
介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ)	加算率 18.2%	所定単位×18.2%	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の算定要件のうち、⑥及び⑦の要件を満たさなくても算定することができる。
介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ)	加算率 14.5%	所定単位×14.5%	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)の算定要件のうち、⑤から⑦までの要件を満たさなくても算定することができる。

③介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額が入所者の負担となります。

項 目	費 用	備 考
食 費	1700円／日	第4段階 1700円 第3段階① 650円・第3段階② 1360円 第2段階 390円 第1段階 300円
居 住 費	3000円／日	第4段階 3000円 第3段階① 1370円・第3段階② 1370円 第2段階 880円 第1段階 880円
電 気 代	1につき500円／月	150w以上の電化製品を持ち込んでご使用になる場合。
複 写 物 交 付 代	1枚 10円	サービスに必要な場合の記録開示。 従業者、他の入所者等の個人を特定する記録は開示できません。

理 美 容 代	実費	実費
レクリエーション費用	実費	ご希望に応じた費用
個人が希望する検 診・健康診断	実費	病院等の診察代等個人が希望する費用
インフルエンザ等予 防 接 種	実費	入所者が選定するインフルエンザ等の予防 接種の提供を行ったことに伴い必要となる 費用。
入所者が選定する 特 別 な 食 事	実費	入所者が選定する特別な食事の提供を 行ったことに伴い必要となる費用。
日 用 品 費	実費	入所者が日常生活に要する費用で、自己 負担が適当であるものに係る費用。

※上記に示した金額は施設の基準額です。

4 利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)その他の費用の請求及び支払い方法について

(1) 利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の請求方法等	ア 利用料入所者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日頃の発送となります。
(2) 利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の入所者控えと内容を照合のうえ、請求月の20日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)入所者指定口座からの自動振替 イ 支払いの確認をしたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管してください。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

※ 利用料、入所者負担額(介護保険を適用する場合)及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から3月以上遅延し、更に支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

5 入退所等に当たっての留意事項

- (1)入所対象者は、原則要介護度3以上の方が対象となります。
- (2)入所時に要介護認定を受けている方であっても、入所後に要介護認定者でなくなった場合は、退所していただくことになります。
- (3)退所に際しては、入所者及びその家族の希望、退去後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保険医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

6 入院、外泊に係る取り扱い

- ・入所者が病院または診療所に入院した場合、3ヶ月以内に退院すれば、退院後も再び施設利用できるものとします。

- ・入所者が入院、外泊をした時は、初日及び最終日を除き、1ヶ月につき6日を限度(月をまたがる場合は各月6日を限度。)として別に定める料金体系に基づいた利用料金を支払うものとします。7日以上入院、外泊となる場合は、施設規程に基づいた利用料金を支払うものとします。

7 契約の終了

(1) 契約の解除

- ① 入所者及びご家族(代理人)等は、事業者に対して30日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- ② 次の事由に該当した場合、事業者は入所者及びご家族(代理人)等に対して30日間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
 - i. 入所者のサービス利用料金の支払が正当な理由なく3ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日間以上支払われない場合。
 - ii. 入所者が病院または診療所に入院する必要がある場合であって、明らかに3ヵ月以内に退院できる見込みがない場合、又は入院後3ヵ月経過しても退院できないことが明らかになった場合。(入院後概ね、3ヵ月以内に退院する事が明らかに見込まれる場合は、入所者及びご家族(代理人)等の希望を勘案し、考慮します。)
 - iii. 入所者及びご家族(代理人)等が、暴力団関係者、新興宗教団体、政治団体及びその他事業者やサービス従業者又は他の入所者に対して、脅威を与える恐れのある個人、団体との交際、関係が明かになった場合及び脅威を与えた場合、現に活動をした場合。
 - iv. 入所者及びご家族(代理人)等が、事業者やサービス従業者又は他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合及び「施設利用に当たっての留意事項」に著しく反した場合。
 - v. やむを得ない事情により施設を閉鎖または事業を縮小する場合。

(2) 契約の自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

- ① 入所者が他の介護保険施設に入所した場合及び在宅へ退所された場合。
- ② 入所者が要介護認定の更新で、介護保険法令の定める介護保険施設での介護給付が受けられない要介護状態区分と認定された場合。
- ③ 入所者が死亡した場合。

8 施設利用に当たっての留意事項

当施設のご利用にあたって、入所者の共同生活の場として快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

面 会 ・ 来 訪	家族と一緒に過ごされている時の入所者の方の豊かな表情は何ものにもかえ難いものです。 面会については、WEB 面会、直接面会があります。現在感染対策の為、原則 14:00～16:00 とし、それ以外の時間についてはご相談下さい。 お電話もしくは直接事務所に予約を入れてください。 来訪・お電話の受付時間は 8:30～17:30 とさせていただきます。
外 出	外出、外泊をご希望される際には、前もって所定の用紙に行き先の連絡方法、帰宅時間等ご記入下さい。なお、帰宅予定時間の変わる場合等は、必ずご連絡下さい。
食べ物の持込の制限	特別な制限を設けてはいませんが、面会時に飲食物をご持参される場合は、その場で食べられる程度の量でお願いします。また、食中毒発生の危険もありますので、飲食物を持ってこられた際には、直接面会時飲食物持ち込み確認書兼同意書にご記入をお願いします。（飲食物のお預かりは出来ませんのでご了承下さい。）
喫 煙	お部屋での喫煙はできません。（火災等の原因になるため）
洗 濯	当施設にて行いますが、大勢の方々が生活しておられる為、全てにお名前をお書き下さい。
そ の 他	居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。 当施設職員や、他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、営利活動を行うことはできません。 入所者に対するサービスの実施及び安全衛生上等の管理に必要があると認められる場合には、入所者の居室内に立ち入り、必要な措置をとることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。

9 衛生管理等について

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的の実施します。
 - ④ ①から③までのほか、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を行います。

10 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する指定介護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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、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。

11 緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師及びあらかじめ定めている協力医療機関へ連絡及び必要な措置を講じます。

入所中、医療を必要とする場合は、入所者及びその家族の希望により下記の協力医療機関において、診察・入院・治療等を受けることができます。ただし、下記の医療機関で優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものでもありません。

医療機関 (嘱託医)	医療機関名 川西湖山病院 電 話 0238-54-2100 氏名 乾 清重 氏名 石坂 重昭 氏名 菅原 弘光
協力医療機関	医療法人社団 緑愛会 川西湖山病院 住 所 山形県東置賜郡川西町大字 下奥田字穴澤平 3796 番地 20 号 電 話 0238-54-2100
	社会医療法人康陽会 中嶋病院 住 所 宮城県仙台市宮城野区 大槻 15 番 27 号 電 話 022-291-5191
	医療法人財団明理会 イムス明理会仙台総合病院 住 所 宮城県仙台市青葉区中央 4-5-1 電 話 022-268-3150
	仙台赤十字病院 住 所 宮城県仙台市太白区 八木山本町 2 丁目 43 番 3 電 話 022-243-1111

	すがわら内科外科・静脈瘤クリニック 住 所 宮城県仙台市青葉区本町2丁目16-1 コニシビル 1F 電 話 022-302-6231
協力医療機関 (訪問歯科)	なごみ歯科仙台 住 所 宮城県仙台市青葉区中央2-7-30 角川ビル 106 電 話 022-302-4188

12 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を職員に対し定期的に行います。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- (5) 施設は、入所者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

13 損害賠償責任

- (1)介護保険サービス提供に伴って、事業者の責に帰すべき理由によって入所者が損害を被った場合、事業者は入所者に対して、速やかに損害を賠償するものとします。
- (2)入所者の責に帰すべき理由によって事業者が損害を被った場合、入所者は事業者に対して、速やかに損害を賠償するものとします。
- (3)前項の損害賠償のために、事業者は、損害賠償責任保険に加入します。

14 非常災害対策

- (1) 当施設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)氏名:(千葉 潤)
- (2) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、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(夜間想定訓練を含む。)を行います。
避難訓練実施時期:(毎年2回以上)
- (4) (3)の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。

15 サービス提供に関する相談、苦情について

苦情処理の体制及び手順

当施設における苦情やご相談は下記の窓口で受け付けます。

●受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号:022-290-1360

FAX :022-302-6866

●苦情窓口担当者 相談部 三星 善行

●苦情解決責任者 施設長 西田 裕佳

当施設より委嘱した外部の苦情受付窓口(第三者委員)

●濱岡 みち子 電話番号:022-376-5353

●安部 匡俊 電話番号:0243-46-2773

行政機関その他苦情受付機関

●仙台市役所 健康福祉局 介護事業支援課 施設指導係

所在地:宮城県仙台市青葉区国分町3-7-1

電話番号:022-214-8318 FAX:022-214-4443

●青葉区役所 介護保険課 介護保険係

所在地:宮城県仙台市青葉区上杉 1-5-1

電話番号:022-225-7211 FAX:022-222-7119

●宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課

所在地:宮城県仙台市青葉区上杉1-2-3

電話番号:022-222-7079 FAX:022-222-7260

●宮城県社会福祉協議会 運営適正化委員会

所在地:宮城県仙台市青葉区上杉1-2-3

電話番号:022-225-8476 FAX:022-716-9298

16 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 入所者及びその家族に関する秘密の保持について	① 当事業所は入所者及び身元引受人から、予め「個人情報利用に関する同意」を受理することで同意を得たものとして行います。 ② 事業者及び事業者の使用する者(以下「職員」という。)は、サービス提供をする上で知り得た入所者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、職員に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。
(2) 個人情報の保護について	① 事業者は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当学会議等において、入所者の個人情報を用いません。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当学会議等で入所者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、入所者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。)

17 虐待の防止について

事業者は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	介護長(係長) 石堂 雅嗣
-------------	---------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、職員が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (6) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (7) サービス提供中に、当該施設職員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる入所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。

18 身体的拘束について

職員は、原則として入所者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者とその家族に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
- (3) 一時性……入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

19 サービス提供の記録

- (1) 指定介護老人福祉施設サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- (2) 入所者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(複写物の請求を行う場合は、有料です。)
- (3) 入所に際して入所年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

20 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実 施 の 有 無	無
実 施 し た 直 近 の 年 月 日	
第 三 者 評 価 機 関 名	
評 価 結 果 の 開 示 状 況	

21 その他運営に関する重要事項等について

入所者、身元引受人等及び当事業所は、信義誠実をもって契約を履行するものとします。契約に定めない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

22 裁判管轄

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、入所者、ご家族(代理人)等及び事業者は、入所者の住所地を管轄する裁判所を第一管轄裁判所とすることを予め合意します。

重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

指定介護老人福祉施設サービスの提供の開始にあたり、入所者に対して本書面について重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	宮城県仙台市青葉区錦町 1 丁目 8-10
	法人名	社会福祉法人 湖星会
	事業所名	特別養護老人ホーム スターレイク仙台
	説明者氏名	

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

入所者	住所	〒
	氏名	印
身元引受人	住所	〒
	氏名	(続柄) 印
連帯保証人	住所	〒
	氏名	(続柄) 印