

介護老人福祉施設 函館共愛会愛泉寮

重要事項説明書

(令和8年8月1日現在)

1. 事業の目的

社会福祉法人函館共愛会が開設する、介護老人福祉施設函館共愛会愛泉寮（以下「事業所」という）が行う、介護老人福祉施設の事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために、人員および管理運営に関する事項を定め、事業所の専門職員が要介護状態にある高齢者に対し、適正な生活と介護を提供することを目的とします。

2. 運営の方針

- (1) 事業所の従業員は、入居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するものとします。
- (2) 事業の実施にあたっては、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者と密接な連携を図り、事業が実施されるように努めるものとします。

3. 施設の名称および所在地

名 称	介護老人福祉施設 函館共愛会愛泉寮
所 在 地	函館市中島町 35 番 7 号
介護保険指定番号	北海道指定 第 0171400203 号

4. 施設の職員体制

介護・看護職員の配置 / 入居者 1.6 名に対し 1 名 （配置基準 3 : 1）

ユニットの介護職員の配置 / 入居者 10 名に対し 5 名 （シフト制）

夜勤体制 / 2 ユニットに対し 1 名 （配置基準 8 名）

介護職員 : 1 階 2 名、2 階 3 名、3 階 3 名 看護職員 : 1 名

職 種	人 数	備 考
管理者（施設長）	1 名	
医師	1 名	非常勤嘱託 1 名
生活相談員	2 名以上	
介護支援専門員	2 名以上	
介護職員	64 名以上	
看護職員	7 名以上	
歯科衛生士	1 名	
機能訓練指導員	2 名	
管理栄養士	1 名	
事務員	6 名	
その他の職員（補助員）	5 名以上	

5. 入居定員

160 名（居室は全室個室となります）

6. 協力病院

共愛会病院

診療科目：内科、外科、整形外科、産婦人科、循環器内科、皮膚科、泌尿器科、
 歯科口腔外科、リハビリテーション科、眼科、睡眠時無呼吸外来、
 心療内科、禁煙外来、形成外科、耳鼻科 など

（※ 診療科目は変わる場合があります）

※ 協力病院以外の病院を受診される場合は、原則的にご家族が引率、送迎をお願い致します。

※ 協力病院以外の病院で指示される医行為については、施設の体制上できない場合がありますので、事前にご確認下さい。

※ 処方薬や担当医の指示によっては、入居前の医療機関を継続していただく場合があります。その場合はご家族の対応となりますのでご了承下さい。

7. サービス内容

入浴、排泄、食事などの介護、相談などの精神的ケア、社会生活上の便宜、日常生活上のお世話、機能訓練、健康管理および療養上のお世話をさせていただきます。

自宅に似た環境で、入居者一人ひとりの個性や生活リズムを尊重した個別ケアを支援するユニットケアを取り入れています。各ユニットに、入居者個人のプライバシーが守られる個室、他入居者との交流をするためのリビングを備えています。

8. サービス利用料金

要介護度に応じた介護保険サービス費（自己負担額）と居住費、食費にかかわる自己負担額の合計をお支払いいただきます。

※サービス料金費用等については、別紙 介護サービス利用料金詳細を参照して下さい。

☆ 入居当月は、サービス利用料金を全額お支払いいただき 1 ヶ月の上限額を超過した場合、申請することで超過した分が後日支給されます。

高額介護サービス費支給申請書を、ご家族より各市町村の担当窓口へ提出して下さい。

☆ 介護保険の給付額に変更があった場合には、変更された額に合わせて契約の負担額が変更されます。

☆ 紙オムツ代は、介護保険サービス費に含まれています。

☆ 外泊時加算適用の期間については、別途居住費をお支払いいただきます。

なお、負担限度額認定を受けている方は認定証に記載された額になります。

（１）「社会福祉法人による利用者負担軽減制度事業」について

社会福祉法人が提供する施設サービスを利用する場合に、利用者負担額が軽減される場合があります。（制度を実施していない保険者もありますので、ご家族が直接ご確認下さい）軽減の対象者は、世帯の市町村民税が非課税で下記の要件を全て満たし、収入や世帯の状況、利用者負担などを総合的に勘案し、生計が困難であると市町村長が認めた場合、もしくは生活保護受給者となります。

① 年間収入が単身世帯で 150 万円以下。

（※ 世帯員が 1 名増えるごとに 50 万円を加算した額以下）

② 預貯金などの額が単身世帯で 350 万円以下。

（※ 世帯員が 1 名増えるごとに 100 万円を加算した額以下）

③ 日常生活のための必要な資産以外に利用できる資産がない。

④ 負担能力のある親族などに扶養されていない。

⑤ 介護保険料を滞納していない。

軽減対象 ～ 介護サービス費、居住費、食費のいずれか、または複数。

軽減率 ～ 25%、50%、100%のいずれか、または複数。

※ その方の収入などにより軽減対象や軽減率が異なりますので、詳しくは各市町村へご確認下さい。

9. 施設利用料等のお支払い方法について

入居者及び代理人が指定する口座より引き落としさせていただきます。引き落とし手数料につきましてはご負担いただきますのでご了承下さい。

10. 入居時にご用意いただくもの

(※ あくまで一例なので、個々に必要と思われるものをご用意下さい。)

- ・普段着 ・下着類 ・寝衣 (パジャマなど) ・靴下 ・洗顔タオル
- ・洗身タオル ・歯ブラシ ・歯磨き粉 ・入れ歯洗浄剤 ・髭そり
- ・洗面器 (入浴時用) ・大判バスタオル ・ヘアブラシ ・ゴミ箱
- ・ティッシュペーパー ・履物 (介護シューズなど)
- ・ご飯茶碗 ・箸 ・湯飲み茶碗 ・マグカップ ・テレビやラジオ
- ・衣類を収納できるタンス ・内服薬や点眼薬などの薬
- ・その他生活に必要なもの など

※ なお、入浴用バスタオル、シャンプー、リンス、石鹸、コップ、箸、スプーンなどは、共用のものを施設でもご用意していますので、持参されるものについては、ユニット職員へご相談下さい

※ 入居者および代理人は、決められた物以外の持ち込みは禁止となります

※ 居室には蓄熱暖房機、窓用カーテン、ベッド (寝具含む)、洗面台、照明器具が設置されています。

※ その他に必要なものは個人でご用意していただきます。

※ テレビなど、地震発生時に倒れる危険性のあるものは耐震措置を施して下さい。

※ 日用品については、職員へ依頼して業者へ発注いただくか、ご家族がご持参下さい。

※ じゅうたんやカーペットなどの敷物、のれんやレース状カーテン、布製のついたてなどをご使用される場合は、「防炎加工」の印字がされているもの以外は使用できません。

※ 壁や床などに画鋲やネジなどを使用して多数の穴を開けたり、接着剤や両面テープ (壁紙用を除く) を使用し、物を固定することはご遠慮下さい。
壁紙や備え付けの家具、床材などの損傷の程度によって、張り替えなどの修復をしていただく場合がございますので、ご注意下さい (契約書第 10 条第 3 項)。

11. 入居時の手続き

入居後は施設が居住地となりますので、基本的には住所変更をお願いしています。住所の変更に伴い、下記でお持ちになっている証書類についても、関係窓口で住所変更が必要となります。なお、次頁の証書類については、基本的に愛泉寮で保管させていただきます。

証 書 類	備 考
住民票	住所変更後の住民票を 1 通 (※住所変更しない場合も提出が必要です)

介護保険被保険者証	
介護保険負担割合証	
介護保険負担限度額認定証 (居住費および食費)	認定を受けていない場合は、市町村 の介護担当窓口へご相談下さい
資格確認書	後期高齢者医療 国民健康保険 など
国民健康保険限度額適用・標準負担 額減額認定証	認定を受けていない場合は、市町村 の医療助成窓口へご相談下さい
社会福祉法人利用者負担軽減確認証	お持ちの方
重度心身障害者医療費受給者証	お持ちの方
各種 障害者手帳など	お持ちの方
特定医療費(指定難病)受給者証	お持ちの方
各種年金証書など (年金番号と年金額がわかるもの)	コピーをお預かりします
その他の証書関係	上記以外に関係証書がある場合には ご持参下さい

※ 函館共愛会愛泉寮の住所

〒 040 - 0014 函館市中島町 35 番 7 号 (電話番号 0138 - 52 - 1065)

12. 入居時に提出していただく書類

① 利用契約書、重要事項説明書

～ 介護サービスを提供するにあたり、入居者または代理人と事業者
で利用契約をとりかわします。

② 誓約書

～ 入居に伴い、代理人(緊急時連絡や介護サービスを提供する上で必
要な連絡をとる場合および残置物の引き取りなどを行っていただ
く方)と代理人に連絡がつかない場合の連絡先となる方の 2 名が必
要です。

③ 委任状

～ 各種手続きなどに関する事務処理を代行させていただくため
です。

④ テレビ・冷蔵庫持ち込み使用申込書

～ テレビ・冷蔵庫を持ち込み使用される方はご提出下さい。

※ 上記書類の内容をよくお読みになり、署名・捺印の上、提出して下さい。

13. 身元引受人について

- (1) 事業者では、契約締結にあたり、身元引受人の設定をお願いしています。
- (2) 身元引受人は、本重要事項説明書および契約書における「代理人」とし、
「代理人」とは、ご家族または縁故者もしくは成年後見人等とします。
- (3) 身元引受人の職務は、次の通りとします。

①利用契約が終了した後、事業所に残されたご入居者の所持品（残置物）を入居者自身が引き取れない場合のお受け取りおよび当外引き渡しにかかる費用のご負担。

②民法 458 条の 2 に定める連帯保証人。

(4) 全号の②における連帯保証人は、次の性質を有するものとします。

①連帯保証人は、入居者と連帯して、本契約から生じる入居者の債務を負担するものとします。

②前項の連帯保証人の負担は、極度額 500,000 円を限度とします。

③連帯保証人が負担する債務の元本は、入居者または連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。

④連帯保証人の請求があったときは、事業者は、連帯保証人に対し、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、入居者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

14. 処方箋、医師からの紹介状、看護添書または介護添書

かかりつけ医や入院病棟などの医療機関から薬を処方されている方は、処方箋と医師からの紹介状を提出して下さい。また、他の施設や医療機関の病棟から入居される場合は、看護添書もしくは介護添書を提出して下さい。

15. 生活について

① 居室

全室個室で構成されております。身体状態の変化などにより、居室替えを行うことがありますので、ご了承下さい。なお、居室替えの際はあらかじめ入居者または代理人の同意を得て行います。

また、入居者や代理人の希望による居室替えはできませんので、ご了承下さい。

※ 壁や床に両面テープ（壁紙用を除く）、画鋲、木ネジ、釘などを使用しないで下さい。

壁紙の剥がれや多数の穴が開いている場合は、退居時に修復していただきます。この場合は、入居者またはご家族へ請求します（利用契約書第 10 条第 3 項および第 21 条第 1 項）。

※ カレンダーなどを使用したい場合は、耐火ボード用虫ピンタイプのフックをご利用下さい。ご不明な点は職員へお問い合わせ下さい。

② 食事

お食事は、ユニット内の食堂（ダイニング）スペースで召し上がっていただきますが、その日の体調やご希望によっては居室で召し上がることもできます。基本的には朝食は 7 時 30 分頃、昼食は 11 時 45 分頃、夕食は 17 時 30 分頃に食事を提供しますが、ご本人の生活リズムに合わせた食事時間を設定すること

もできます。

栄養ケア計画に基づき、普通食やソフト食など嚥下状態や健康状態に合ったものを提供します。麺類からご飯への変更など、嗜好に対してもご希望があればできるだけ対応させていただきます。また、季節によって旬の食材を取り入れた郷土料理や、お刺身などを提供させていただいております。

尚、ご自分の持ち物でも、誤飲などの危険がある場合は、当施設で預からせていただく場合があります。

③ 入浴

身体状態に応じて、ユニット内の浴室や特殊浴槽で対応します。

④ 排泄

オムツやパットなどを常時使用する方には、入居時に排泄状況（尿量や排尿間隔など）を計測し、一人ひとりに合ったオムツを随時交換します。

⑤ 口腔ケア

歯科衛生士の指導のもと、介助の必要な方には義歯洗浄や口腔内の清掃や、清拭などの口腔ケアを実施し、誤嚥性肺炎などの予防に努めています。

⑥ 健康管理

日常の健康管理は、嘱託医師（共愛会病院医師）と当施設の看護職員で行いますが、急変時や症状によって共愛会病院や他の医療機関へ入院することがあります。入院については別掲「18. 入院中の扱い」をご参照下さい。

⑦ 面会

施設に入居することで、ご家族とのご縁が遠くならないようにして下さい。面会の際には居室内の整理整頓や清掃などのご協力をお願い致します。なお、面会の際に飲食物をご持参される場合は、ご面倒でもユニット職員へ持参したことをお伝え下さい。賞味期限の記載のない物や手作りの物については、当日中に召し上げられる量にして下さい。

また、面会時の携帯電話のご使用については、入居者の居室内もしくは各階エレベーター前のスペースでお願い致します。

⑧ 外出・外泊

入居者の身体状態に発熱など、異常がなければ規制はありません。なお、外出・外泊の際は「外出・外泊伺書」へ必要事項をご記入の上、提出して下さい。また、入居者の送迎はご家族の対応となります。外泊期間はおおむね1ヶ月に6日を目途としていただきます。

⑨ 喫煙

施設内は全面禁煙となります。

⑩ 飲酒

お酒をご希望する方は、各自ご用意下さい。なお、健康状態などによって、頻度や量などを制限させていただく場合があります。

⑪ 理美容サービス

ご希望により、理美容サービスを受けることができます。料金は実費で予約制と

なりますので、ご希望の場合は介護職員へお申し込み下さい。

⑫ 機能訓練とクラブ活動

現在できていることを、これからもできるだけ長く続けられることを目的として機能訓練を実施しています。

機能訓練は、機能訓練指導員が個別に訓練目標を立てて実施します。マッサージや可動域訓練のほか、レクリエーションなどの軽い運動や日常生活動作（歩行、離床による座位保持、体位変換による側臥位保持、着替え動作など）も生活リハビリとして位置づけられ、実施しています。また、カラオケ、書道などのクラブ活動も実施しておりますが、これらについても機能訓練の要素を含んでおりますので、位置づけによって加算の対象となる場合があります。

なお、入居者やご家族の希望を勘案してプログラムを検討しますが、全てご希望どおりとならない場合がありますので、ご了承下さい。

⑬ 洗濯

ユニットごとに洗濯機と乾燥機を設置しており、洗濯機で洗えるものについては介護職員が行います。ただし、素材によってはクリーニング店に出すことになり、その際はご家族での対応となります。なお、ご自分で洗濯できる方は自由に洗濯機を使用することができます。また、ご家族が持ち帰りお洗濯していただいてもかまいません。

⑭ 現金の扱い

入居者本人の意思で自己管理のもとに現金をお持ちになる場合については、収支の管理や紛失などへの対応はできませんので、あらかじめご了承下さい。

⑮ 寝具

当施設では、寝具類は無料貸与しています。私物の寝具を持参してもかまいませんが、その場合のクリーニングはご家族での対応となります。

16. 身体拘束の廃止

当施設では身体拘束をなくすための努力をしており、入居者本人または他の入居者の生命または身体を保護するために、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。

やむを得ず行わなければならない場合は、事前（夜間緊急の場合などは事後早急）に代理人と相談し、文書にて同意を得ます。

17. 緊急時（事故発生時など）の対応

入居者の病状の急変、事故による怪我などが生じた場合、その他必要な場合は速やかに協力病院へ連絡し、必要な措置を講じます。

- ① 入居者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに入居者の代理人に連絡を行うとともに、報告義務がある事故については市町村に報告す

るなどの必要な措置を講じます。

- ② 入居者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかにその手続きを行います。
- ③ 事故が発生した際にはその原因を究明し、再発を防ぐための対策を講じます。

18. 入院中の扱い

- ① 入院期間中は、当施設の介護サービス（紙オムツの提供や洗濯など）は受けられません。

入院中は入院先の医療サービスを受けることになりますので、入院中のお世話は代理人が、入院先の病院でしていただくことになります。（契約書第 20 条および第 24 条第 2 項第 2 号）入院中は、介護サービス費および食費の請求は致しませんが、入院の翌日から 6 日間（6 日間が月をまたぐ場合はそれまでの日数＋翌日 1 日から 6 日間）は、「福祉施設外泊時費用（介護サービス利用料金詳細参照）」と、居室代をお支払いいただきます。また、入院期間が 1 ヶ月を超えた場合、退院した日から 30 日間「初期加算（介護サービス利用料金詳細参照）」が加算されます。

- ② 入院中の必要なものについては、ご家族でご用意下さい。

※ 紙オムツ、身の回りの日用品、その他入院中に必要なもの。

なお、下着やタオルなど当施設でお預かりしているものについては、取りに来ていただいて構いませんが、その時は職員へお声をかけて下さい。

- ③ 入院中の洗濯などは、代理人で対応していただきます。

※ 入院先の病院によっては、紙オムツの提供や洗濯の対応などをしてくれる場合がありますので、詳細は入院先の病院の職員へご確認下さい。

- ④ 入院中 3 ヶ月間については、当施設での契約は継続されていますが、それ以上入院期間が必要な場合は、契約を解除させていただきますので、ご了承下さい。契約解除後に退院が可能となった場合など、再入居を希望される方についてはご相談下さい。

- ⑤ 入院中に病状や退院予定など、病院からの連絡がありましたら、ご面倒でもその都度当施設の生活相談員へお知らせ下さい。

19. お願い

- ① 代理人は、緊急時に確実に連絡がとれるようにして下さい。特に電話番号や住所など変更があった場合には、速やかに届け出て下さい。
- ② 旅行などで連絡がとりづらくなる場合は、その都度緊急時の連絡先をお知らせ下さい。
- ③ 緊急時に連絡がとれない場合は、協力医療機関の担当医師の判断で治療や適切な検査、処置などを施す場合があります。

20. 評価

- ①第三者評価の実施の有無：無
- ②自己評価の実施の有無：有

21. その他

① 広報活動について

広報誌「ぽぷら」を年2回発行しています。できるだけ多くの写真を掲載し、行事や生活の様子などをお知らせ致します。また、函館共愛会愛泉寮のホームページも開設しており、行事写真なども公開しております。

写真の掲載について、ご都合が悪い場合はあらかじめお申し出下さい。

② 実習生の受け入れについて

当施設では将来の福祉施設職員育成のため、専門学校などの現場実習を受け入れています。現場実習の性質上、実務を通じて学習しなければなりませんので、身体介護などで実習生が携わることもあります。

③ ボランティアの受け入れについて

当施設では入居者の皆様の生活範囲の拡大や余暇の充実、身体能力の維持、生活の便宜を図っておりますが、職員だけでは対応できない部分もあります。そのため、様々な部分（レクリエーション活動、クラブ活動など）でボランティアを受け入れ、お手伝いしていただいております。

介護老人福祉施設 函館共愛会愛泉寮

介護サービス利用料金詳細

1. サービス利用料金

要介護度に応じた介護保険サービス費（自己負担額）と居住費、食費にかかわる自己負担額の合計をお支払いいただきます。

（１）介護保険サービス費

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
自己負担額 1 割	¥ 670	¥ 740	¥ 815	¥ 886	¥ 955
31 日分	¥ 20,770	¥ 22,940	¥ 25,265	¥ 27,466	¥ 29,605
自己負担額 2 割	¥ 1,340	¥ 1,480	¥ 1,630	¥ 1,772	¥ 1,910
31 日分	¥ 41,540	¥ 45,880	¥ 50,530	¥ 54,932	¥ 59,210
自己負担額 3 割	¥ 2,010	¥ 2,220	¥ 2,445	¥ 2,658	¥ 2,865
31 日分	¥ 62,310	¥ 68,820	¥ 75,795	¥ 82,398	¥ 88,815
第 1 段階	¥ 15,000 （1 ヶ月の限度額）				
第 2 段階	¥ 15,000 （1 ヶ月の限度額）				
第 3 段階	¥ 15,000 （1 ヶ月の限度額）				
	¥ 24,600 （1 ヶ月の限度額）				
第 4 段階	¥ 15,000 （1 ヶ月の限度額） ・ 年金収入 80 万円以下など				
	¥ 24,600 （1 ヶ月の限度額） ・ 市町村民税が非課税など				
	¥ 44,400 （1 ヶ月の限度額） ・ 市町村民税が課税世帯で課税所得が 380 万円(年収約 770 万円)未満				
	¥ 93,000 （1 ヶ月の限度額） ・ 課税所得が 380 万円(年収約 770 万円)～課税所得 690 万円(年収約 1,160 万円)未満				
	¥ 140,100 （1 ヶ月の限度額） ・ 課税所得が 690 万円(年収約 1,160 万円)以上				

（２）居住費

	段 階	日 額	月 額 (31 日分)
居 住 費	第 1 段階	¥ 880	¥ 27,280
	第 2 段階	¥ 880	¥ 27,280
	第 3 段階①	¥ 1,370	¥ 42,470
	第 3 段階②	¥ 1,470	¥ 45,570
	第 4 段階	¥ 2,066	¥ 64,046

(3) 食費

	段 階	日 額	月 額 (31 日分)
食 費	第 1 段階	¥ 300	¥ 9,300
	第 2 段階	¥ 390	¥ 12,090
	第 3 段階①	¥ 680	¥ 21,080
	第 3 段階②	¥ 1,420	¥ 44,020
	第 4 段階	¥ 1,545	¥ 47,895

【利用者負担段階について (参考)】

第 1 段階	【本人】 ・生活保護受給者の方 ・老齢福祉年金受給者で世帯全員の市町村民税が非課税の方 ・本人の預貯金などの合計額が 1 千万円以下の方 【配偶者】 ・市町村民税が非課税で夫婦の預貯金などの合計額が 2 千万円以下の方
第 2 段階	【本人】 ・世帯全員の市町村民税が非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 82.65 万円以下の方 ・本人の預貯金などの合計額が 650 万円以下の方 【配偶者】 ・市町村民税が非課税で夫婦の預貯金などの合計額が 1,650 万円以下の方
第 3 段階 ①	【本人】 ・世帯全員の市町村民税が非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 82.65 万円～120 万円以下の方 ・本人の預貯金などの合計額が 550 万円以下の方 【配偶者】 ・市町村民税が非課税で夫婦の預貯金などの合計額が 1,550 万円以下の方
第 3 段階 ②	【本人】 ・世帯全員の市町村民税が非課税で、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が 120 万円を超える方 ・本人の預貯金などの合計額が 500 万円以下の方 【配偶者】 ・市町村民税が非課税で夫婦の預貯金などの合計額が 1,500 万円以下の方
第 4 段階	【本人】 ・課税世帯の方 ・預貯金などの合計額が上記金額を超える方

	【配偶者】 ・ 本人は第 1～3 段階の方で、配偶者が課税、または夫婦の預貯金などの合計額が上記金額を超える方
--	---

※ 詳細は保険者となっている市区町村へお問い合わせ下さい。

※ 負担限度額の適用を受けるには「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けて下さい。認定期間は、毎年 7 月末までですので、毎年 7 月中に申請書を市区町村へ提出して下さい。

※ 第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の預貯金等の上限額は、1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下となります。

（４）加算額（※ 該当する加算のみ介護保険サービス費に加算されます）

加 算	自己負担 1 割	自己負担 2 割	自己負担 3 割
個別機能訓練加算Ⅰ	¥ 12／日	¥ 24／日	¥ 36／日
個別機能訓練加算Ⅱ	¥ 20／月	¥ 40／月	¥ 60／月
個別機能訓練加算Ⅲ	¥ 20／月	¥ 40／月	¥ 60／月
看護体制加算Ⅰ（ロ）	¥ 4／日	¥ 8／日	¥ 12／日
看護体制加算Ⅱ（ロ）	¥ 8／日	¥ 16／日	¥ 24／日
夜勤職員配置加算Ⅳ（ロ）	¥ 21／日	¥ 42／日	¥ 63／日
日常生活継続支援加算Ⅱ	¥ 46／日	¥ 92／日	¥ 138／日
経口移行加算（原則 180 日以内）	¥ 28／日	¥ 56／日	¥ 84／日
経口維持加算Ⅰ	¥ 400／月	¥ 800／月	¥ 1,200／月
経口維持加算Ⅱ	¥ 100／月	¥ 200／月	¥ 300／月
療養食加算	¥ 6／回	¥ 12／回	¥ 18／回
看取り介護加算Ⅱ （死亡前 31 日以上 45 日以下）	¥ 72／日	¥ 144／日	¥ 216／日
看取り介護加算Ⅱ （死亡前 4 日以上 30 日以下）	¥ 144／日	¥ 288／日	¥ 432／日
看取り介護加算Ⅱ （死亡日の前日および前々日）	¥ 780／日	¥ 1,560／日	¥ 2,340／日
看取り介護加算Ⅱ （死亡日）	¥ 1,580／日	¥ 3,160／日	¥ 4,740／日
在宅復帰支援機能加算	¥ 10／日	¥ 20／日	¥ 30／日
福祉施設外泊時費用（1 ヶ月に 6 日間）	¥ 246／日	¥ 492／日	¥ 738／日
初期加算（30 日間）	¥ 30／日	¥ 60／日	¥ 90／日
口腔衛生管理加算Ⅰ	¥ 90／月	¥ 180／月	¥ 270／月
口腔衛生管理加算Ⅱ	¥ 110／月	¥ 220／月	¥ 330／月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	¥ 22／日	¥ 44／日	¥ 66／日
サービス提供体制強化加算Ⅱ	¥ 18／日	¥ 36／日	¥ 54／日
サービス提供体制強化加算Ⅲ	¥ 6／日	¥ 12／日	¥ 18／日
若年性認知症入所者受入加算 ※ 認知症行動・心理症状緊急対応 加算を算定しない場合	¥ 120／日	¥ 240／日	¥ 360／日

認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日間まで)	¥ 200/日	¥ 400/日	¥ 600/日
認知症専門ケア加算Ⅰ	¥ 3/日	¥ 6/日	¥ 9/日
認知症専門ケア加算Ⅱ	¥ 4/日	¥ 8/日	¥ 12/日
在宅・入所相互利用加算	¥ 40/日	¥ 80/日	¥ 120/日
栄養マネジメント強化加算	¥ 11/日	¥ 22/日	¥ 33/日
再入所時栄養連携加算	¥ 200/回	¥ 400/回	¥ 600/回
排せつ支援加算Ⅰ	¥ 10/日	¥ 20/日	¥ 30/日
排せつ支援加算Ⅱ	¥ 15/月	¥ 30/月	¥ 45/月
排せつ支援加算Ⅲ	¥ 20/月	¥ 40/月	¥ 60/月
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	¥ 3/月	¥ 6/月	¥ 9/月
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	¥ 13/月	¥ 16/月	¥ 39/月
生活機能向上連携加算Ⅰ	¥ 100/月	¥ 200/月	¥ 300/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	¥ 200/月	¥ 400/月	¥ 600/月
科学的介護推進体制加算Ⅰ	¥ 40/月	¥ 80/月	¥ 120/月
科学的介護推進体制加算Ⅱ	¥ 50/月	¥ 100/月	¥ 150/月
ADL維持等加算Ⅰ	¥ 30/月	¥ 60/月	¥ 90/月
ADL維持等加算Ⅱ	¥ 60/月	¥ 120/月	¥ 180/月
自立支援促進加算	¥ 300/月	¥ 600/月	¥ 900/月
安全対策体制加算	¥ 20/回	¥ 40/回	¥ 60/回
特別通院送迎加算	¥ 594/月	¥ 1,188/月	¥ 1,782/月
協力医療機関連携加算	¥ 50/月	¥ 100/月	¥ 150/月
退所時情報提供加算	¥ 250/回	¥ 500/回	¥ 750/回
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	¥ 10/月	¥ 20/月	¥ 30/月
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	¥ 5/月	¥ 10/月	¥ 15/月
新興感染症等施設療養費	¥ 240/日	¥ 480/日	¥ 720/日
認知症チームケア推進加算Ⅰ	¥ 150/月	¥ 300/月	¥ 450/月
認知症チームケア推進加算Ⅱ	¥ 120/月	¥ 240/月	¥ 360/月
退所時栄養情報連携加算	¥ 70/回	¥ 140/回	¥ 210/回
生産性向上推進体制加算Ⅰ	¥ 100/月	¥ 200/月	¥ 300/月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	¥ 10/月	¥ 20/月	¥ 30/月
配置医師緊急時対応加算			
＊配置医師の通常勤務時間外の診察	¥ 325/回	¥ 650/回	¥ 975/回
＊早朝・夜間の診察	¥ 650/回	¥ 1,300/回	¥ 1,950/回
＊深夜の診察	¥ 1,300/回	¥ 2,600/回	¥ 3,900/回
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	介護サービス費合計×17.6%×自己負担割合		

(5) その他の料金（介護保険給付対象外のサービス）

ご利用サービス内容	料 金
事務手数料（※1）	¥ 330 （毎月）
各種手続き・郵便物の切手代金の諸費用	実 費 （都度）
文書料（在寮証明書・生計同一証明書など）	¥ 1,100 （1 枚）
その他のサービス（※2）	実 費 （都度）
テレビ持込使用料	¥ 550 （毎月）
冷蔵庫持込使用料	¥ 1,100 （毎月）
写真プリント代	¥ 30 （1 枚）
コピー代	¥ 10 （1 枚）

※1／事務手数料

毎月の利用サービス料等の引き落とし事務、毎月の請求書・領収書発行事務

※2／その他のサービス（必要に応じて生じたサービス）

共愛会病院への受診・入院費、お薬代、理美容代、日用品個人注文代

介護福祉施設サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項説明書、函館共愛会愛泉寮看取り介護指針、個人情報保護に対する基本方針、個人情報の利用目的、介護サービス利用料金詳細について、説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名 介護老人福祉施設 函館共愛会愛泉寮

説明者職氏名 印

以上の契約を証するため、本書 2 通を作成し、入居者もしくは代理人、事業者が記名捺印の上、各 1 通を保有するものとします。

事業所名 介護老人福祉施設 函館共愛会愛泉寮

代表者職氏名 施 設 長 山石 卓弥 (印)

私は本書面にに基づき、事業者から重要事項説明書、函館共愛会愛泉寮看取り介護指針、個人情報保護に対する基本方針、個人情報の利用目的、介護サービス利用料金詳細の説明を受け、介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

入居者氏名 (印)

代理人氏名 (印) (続柄)

代理人住所

代筆者氏名

代筆の理由 $\left\{ \begin{array}{ll} \bullet \text{ 認知症のため} & \bullet \text{ 身体の障害のため} \\ \bullet \text{ その他 (} &) \end{array} \right.$