

指定介護老人福祉施設 重要事項説明書

社会福祉法人恵泉会
特別養護老人ホーム光風園

恵泉会理念(基本理念)

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

指定介護老人福祉施設重要事項説明書

(特別養護老人ホーム 光風園)

当施設は介護保険の指定を受けています。
(宮城県指定 第0471200055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、特例入所の要件に該当すると判断された要介護1、要介護2の方については入所できることがあります。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 恵泉会
法人所在地	宮城県登米市迫町佐沼字江合三丁目16-2
電話番号	0220-22-1160
代表者名	理事長 松坂 勝司
設立年月日	昭和48年5月21日

2 ご利用施設

施設の種類	指定介護老人福祉施設・平成12年4月1日指定宮城県0471200055号
施設の目的	指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように科学的介護の取り組みを推進し、支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。また、感染症や自然災害が発生した場合でもサービスの提供が継続できるよう業務継続計画を作成し体制を整備します。 この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
施設の名称	特別養護老人ホーム光風園
施設の所在地	宮城県登米市登米町寺池金沢山60-3
電話番号	0220-52-3275 (FAX 0220-52-3276)
施設長氏名 (管理者)	光風園 施設長
運営方針	法人の基本理念を施設運営の柱として、利用者一人ひとりに質の高い生活を提供できるよう継続性のあるサービスを展開していきます。
開設年月日	昭和51年 4月 1日
入所定員	50人（他に短期利用者5名）

3 施設の概要

(1) 敷地および建物

園庭から城下町「登米」を眼下に、晴れた日には遠く栗駒山まで一望できます。庭には四季折々の樹木、草花が植栽され散策が楽しめます。

散歩やおしゃべりをするスペースとしてあずまやを設けています。

敷地		10,927.905 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造1階建（耐火構造）
	延べ床面積	1,763.47 m ²

(2) 居室

入居される居室は、原則として4人部屋ですが、他の種類の居室をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。（但し、ご契約者の心身の状態や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。）

※居室の変更：ご契約者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご契約者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご契約者やご家族等と協議のうえ決定します。

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積	居室類型
個室	1室	17.40 m ²	17.40 m ²	多床室
2人部屋	2室	52.80 m ²	13.20 m ²	多床室
3人部屋	2室	43.20 m ²	7.20 m ²	多床室
4人部屋	11室	426.52 m ²	9.69 m ²	多床室

(3) その他の主な共用施設

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
食堂 機能訓練室	1室	198.00 m ²	3.66 m ²
浴室	1室	62.64 m ²	
機械浴設備	特殊浴槽 2台		
便所	4箇所		
医務室	1室		

※上記は、厚労省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設です。この施設・設備のご利用にあたって、ご契約者に特別にご負担いただく費用はありません。

4 職員体制（主たる職員）

当施設では、ご契約者に対して指定介護老人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。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従事者の職種	員数	事業者の指定基準 事業者の指定基準
施設長	1	1
生活相談員	1以上	1以上
介護支援専門員	1以上	1以上

介護職員	15以上	17以上
看護職員	2以上	
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	1以上	1以上
管理栄養士	1以上	1以上
事務員	1以上	必要数
嘱託医師	1以上	1以上
嘱託歯科医師	1以上	必要数

5 主な職員の勤務体制

従事者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）常勤で勤務	４週８休
事務員	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）常勤で勤務	４週８休
管理栄養士	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：１５）常勤で勤務	４週８休
生活相談員	・日 勤 （ ８：３０～１７：１５）	４週８休
介護支援専門員	・日 勤 （ ８：３０～１７：１５）	４週８休
介護職員	・早 勤 （ ６：４５～１５：３０） ・早 勤 （ ７：００～１５：４５） ・早 勤 （ ７：１５～１６：００） ・日 勤 （ ８：３０～１７：１５） ・遅 勤 （１０：３０～１９：１５） ・遅 勤 （１１：００～１９：４５） ・遅 勤 （１３：００～２１：４５） ・夜 勤 （２１：３０～ ７：３０） 夜間（２１：４５～ ６：４５）は、原則として夜勤職員２名によって介護にあたります。	原則として ４週８休
看護職員	・早 勤 （ ７：１５～１６：００） ・日 勤 （ ８：３０～１７：１５） ・遅 勤 （１０：１５～１９：００） 夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	４週８休
医師（嘱託）	週１回（火曜日）１４：００～１５：３０（内科） 第３水曜日 １４：１５～１５：１５（精神科） 第１水曜日 １３：００～１４：００（歯科）	

※土日及び祝祭日等は上記と異なります。

6 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- | |
|---|
| １）利用料金が介護保険から給付される場合
２）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

（１）当施設が提供する介護保険基準サービス（契約書第３条参照）

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常９割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容	利 用 料
食事の介助	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・可能な限り離床していただき、それぞれの環境にあった場所で食事をしていただくよう配慮します。 (食事時間) 朝食 7:30～ 8:30 昼食 12:00～13:30 夕食 18:00～19:00	
栄養管理	・利用者の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、各利用者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。	
口腔衛生の管理	・利用者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、口腔衛生の管理体制を整備し、各利用者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。	
排せつの介助	・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、個々の状態に応じて随時の交換を行います。	
入浴の介助	・週2回以上の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。	
着替え等の介助	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は年2回実施します。	
機能訓練	・機能訓練指導員より指導を受けた看護職員介護職員により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またはその低下を防止するための訓練を実施します。 毎週月から金曜日午前に実施	
健康管理	・嘱託医師により、週1回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・契約者が外部の医療期間に通院する場合はその付き添いについてできるだけ配慮します。	

	(当施設の嘱託医師) 氏 名：高 橋 雄 大 診療科：登米市立登米市民病院 診療日：毎週木曜日 15:00～16:00 氏 名：佐 藤 厚 史 診療科：佐藤医院 精神科 診療日：毎月第3水曜日 14:15～15:15 氏 名：前 川 理 人 診療科：中江歯科クリニック 歯科 診療日：毎月第1水曜日 13:00～14:00	
相談および援助	・当施設は、契約者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ可能な限り必要な援助を行うように努めます。 (相談窓口) 光風園 生活相談員	
初期加算	・入所日から30日以内の期間。	1日 30円
入院または外泊したときの費用	・病院等への入院、及び外泊した場合。	1日246円 (月6日限度)
外泊時居宅サービス提供加算	・入所者に対し居宅における外泊を認め、当施設により提供される在宅サービスを利用した場合。	1日560円 (月6日限度)
再入所時栄養連携加算	・入所者が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の新規導入、厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者など、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要になった場合について、管理栄養士が、入院先の管理栄養士と連携して、再入所時後の栄養に関する調整を行った場合。厚生労働大臣が定める特別食※等を必要とする者	1回200円
自立支援促進加算	・日々の生活において適切なケアを実施するための計画を策定し、日々のケア等行う取組を評価した場合。	1ヶ月 300円
科学的介護推進体制加算 (Ⅰ) (Ⅱ)	・利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の状況等に係わる情報を3ヶ月に1回、科学的介護情報システムに提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど サービスの提供に当たって情報を活用している場合。	(Ⅰ) 1ヶ月40円 (Ⅱ) 1ヶ月50円
栄養マネジメント強化加算	・低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、栄養・食事調整等、低栄養リスクの改善を行った場合。 また栄養状態のリスクが低い入所者に対しても、食事の状態を把握し問題がある場合は早期に対応した場合 3ヶ月に1回科学的介護情報システムに提出した場合	1日 11円
療養食加算	・医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合。	1食6円 3回/日限度

経口移行加算	・経管により食事を摂取する入所者が経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合。	1日 28円 (180日限度)
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介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年2回以上行っており入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている場合。	1ヶ月 90円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	・口腔ケア計画の内容等の情報を3ヶ月に1回、科学的介護情報システムに提出し、必要な情報を活用している場合。	1ヶ月 110円
日常生活継続支援加算	・重度の要介護状態の者や認知症の入所者が多くを占める施設において介護福祉士の資格を有する職員を手厚く配置した場合。	1日 36円
サービス提供体制加算Ⅰ（イ）（ロ）	・有資格者を一定基準雇用し、サービス提供体制が高い基準を満たしている場合。 （イ）介護職員のうち、介護福祉士の割合が60%以上配置されていること （ロ）介護職員のうち、介護福祉士の割合が50%以上配置されていること	Ⅰ（イ） 1日 18円 Ⅰ（ロ） 1日 12円
看護体制加算（Ⅰ）イ	・常勤の看護師を1名以上配置している場合。	1日 6円
看護体制加算（Ⅱ）イ	・利用者25人に対して看護職員が常勤換算で1人以上、かつ最低基準（2人）に加え1人以上の看護職員を配置している場合。	1日 13円
夜勤職員配置加算（Ⅰ）イ	①夜勤時間帯の夜勤職員数が最低基準＋1名分の人員を多く配置していること。もしくは、 ②夜勤時間帯の夜勤職員数が最低基準＋0.9名分の人員を多く配置し、 ・入所者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の10%以上に設置している場合。 ・見守り機器の安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている場合。	1日 22円
看取り介護加算（Ⅰ）	・医師が一般的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入所者について、本人又は家族の同意の上、光風園において看取りの介護をおこなった場合。 (死亡日から逆算して算定されます) ・死亡日以前31日以上45日以下について ・死亡日以前4日以上30日以下について ・死亡日の前日及び前々日について ・死亡日について	72円/日 144円/日 680円/日 1,280円/日
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	・褥瘡発生を予防するため、褥瘡発生と関連の強い項目について定期的な評価を実施し、その結果に基づき計画的に管理した場合。	1ヶ月 3円

褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	・褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に褥瘡の発生がない場合。	1ヶ月 13円
排泄支援加算（Ⅰ）	・排泄に介護を要する入所者に対し、他職種が協働して支援計画を作成し、その計画に基づき支援した場合。	1ヶ月 10円
排泄支援加算（Ⅱ）	・要介護状態軽減が見込まれる入所者に対し排尿、排便の一方が改善し、いずれも悪化がない場合。またはおむつから使用なしに改善している場合。	1ヶ月 15円
排泄支援加算（Ⅲ）	・要介護状態軽減が見込まれる入所者に対し排尿、排便の一方が改善し、いずれも悪化がない場合。かつおむつから使用なしに改善している場合。	1ヶ月 20円
退所前訪問相談援助加算	・退所に先立って、退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合。	1人につき 460円
退所後訪問相談援助加算	・退所後30日以内に退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービス等について相談援助を行った場合	1人につき 460円
退所時相談援助加算	・退所後に居宅サービス等を利用する時に、入所者の同意を得て、退所日から2週間以内に居住地である市町村、老人介護支援センターまたは地域包括支援センターに対して、介護状態等を示す文書を添えて入所時の情報を提供した場合。	1人につき 400円
退所前連携加算	・退所後に居宅サービス等を利用する時に、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、介護状態等を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。	1人につき 500円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	・介護を必要とする認知症の占める割合が、1/2以上認知症介護に係る専門的な研修修了者を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合。	1日 3円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	・認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件を満たす場合。 ・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している従業者を1名以上配置し、認知症ケアの指導等を実施している場合。 ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施または実施を予定している場合。	1日 4円
若年性認知症入所者受入加算	・若年性認知症利用者毎に個別に担当者を定め利用者の特性、ニーズに応じたサービスを提供した場合。	1日 120円
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	①施設における利用者の総数のうち、周囲の者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分の1以上の場合 ②認知症の行動・心理症状の予防及び出現時の早期対応に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している者又は認知症介護に係る	1ヶ月 150円

	専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を修了した者を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・心理症状に対応するチームを組んでいる場合。 ③利用者に対し、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、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施している場合。 ④認知症の行動・心理症状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・心理症状の有無及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場合。	
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)	・認知症チームケア推進加算(Ⅰ)①、③～④の算定要件を満たす場合。 ・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、複数人の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場合。	1ヶ月 120円
特別通院送迎加算	・家族や病院が対応できない等、特養が送迎を担うやむを得ない事情がある時、透析が必要な高齢者の通院の送迎を1月に12回以上行った場合。	1ヶ月 594円
配置医師緊急時対応加算	・看護体制加算(Ⅱ)を算定している施設の求めに応じ、早朝(午前6時から午前8時まで)、夜間(午後6時から午後10時まで)又は深夜(午後10時から午前6時まで)又は配置医師の通常の勤務時間外(早朝、夜間及び深夜を除く)に指定介護老人福祉施設を訪問して入所者に対し診療を行い、かつ、診療を行った理由を記録した場合。	朝又は夜間 回650円 朝・夜間及 深夜を除く 置医師の通 の勤務時間 の場合1回 325円 深夜は1回 1,300円
協力医療機関連携加算	①入所者等の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保している場合。 ②高齢者施設等からの診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保している場合。 ③入所者等の病状が急変した場合等において、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場合。 ・協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該	(1)①～③の要件を満たす場合50円 (2)それ以外の場合5円

	入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的開催している場合。	
退所時情報提供加算	・医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。	1人につき 250円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合。 ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入している場合。 ・職員間の適切な役割分担の取組等を行っている場合。 ・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（オンラインによる提出）を行う場合。	1ヶ月 100円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	・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場合 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合。 ・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っている場合。	1ヶ月 10円
安全対策体制加算	・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、安全対策体制が整備されている場合	入所時1回 20円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	・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等の対応を行う体制を確保している場合。 ・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場合。 ・診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又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又は訓練に1年に1回以上参加している場合。	1ヶ月10円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	・診療報酬における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の感染制御等に係る実地指導を受けている場合。	1ヶ月 5円

新興感染症等施設療養費	・利用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等に対し、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。	1日 240円 (1ヶ月に1回、連続する1日間を限度に算定)
個別機能訓練加算(Ⅰ)	・専ら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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師(以下、機能訓練指導員)を1名以上配置している場合。 ・機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、入所者ごとに個別機能訓練計画を作成した場合。 ・当該計画に基づき、計画的に個別機能訓練を行っている場合。 ・個別機能訓練を行う場合、開始時及び3月ごとに1回以上利用者に対して個別機能訓練計画の内容を説明し、記録した場合。	1日 12円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	・個別機能訓練加算(Ⅰ)を算定している場合。 ・利用者ごとの個別機能訓練計画の内容等の情報を3ヶ月に1回、科学的介護情報システムに提出し、サービスの質の向上を図るため、当該提出情報及フィードバック情報を活用し、PDCAサイクルによりサービスの質の管理を行った場合。	1ヶ月20円
個別機能訓練加算(Ⅲ)	・個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定している場合。 ・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場合。 ・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相互に共有している場合。 ・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場合。	1ヶ月20円
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	①訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言に基づき、当施設の機能訓練指導員等が共同して身体状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成した場合。 ②機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施した場合。 ③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対	1ヶ月 100円

	し、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、必要に応じて見直し等を行っている場合。	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	①訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が加算を算定する施設に訪問し、当施設の機能訓練指導員等と共同して身体状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成した場合。 ②個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供した場合。 ③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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、必要に応じて見直し等を行っている場合。	1ヶ月 200円
ADL維持等加算（Ⅰ）	・利用者（当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上の場合。 ・利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、Bart hel Index（バーセルインデックス）を適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している場合。 ・利用開始月の翌月から起算して6ヵ月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得（調整済ADL利得）の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が1以上の場合。	1ヶ月30円
ADL維持等加算（Ⅱ）	・利用者（当該事業所の評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上の場合。 ・利用者等全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、Bart hel Index（バーセルインデックス）を適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに厚生労働省に提出している場合。 ・利用開始月の翌月から起算して6ヵ月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じて一定の値を加えたADL利得（調整済ADL利得）の上位及び下位それぞれ1割の者を除く評価対象利用者のADL利得を平均して得た値が3以上の場合。	1ヶ月60円

介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)～(Ⅳ)	・介護職員等の賃金改善や職場環境の整備等を実施している場合。	介護報酬総単位数 ×16.3%(Ⅰイ) ×17.6%(Ⅰロ) ×15.9%(Ⅱイ) ×17.2%(Ⅱロ) ×13.6.%(Ⅲ) ×11.3%(Ⅳ)
--------------------	--------------------------------	---

〔サービス利用料金概算〕（契約書第6条参照）

下記の料金表によって、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）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。
（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1 割負担の場合（1か月あたりの目安）

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 5,890円	要介護 2 6,590円	要介護 3 7,320円	要介護 4 8,020円	要介護 5 8,710円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,301円	5,931円	6,588円	7,218円	7,839円
3. サービス利用に係る1日の自己負担額(1-2)	589円	659円	732円	802円	871円
4. サービス利用に係る1カ月の自己負担額（3×30）	17,670円	19,770円	21,960円	24,060円	26,130円
5. 1日単位の加算					
日常生活継続支援加算	1,080円（1日36円）				
看護体制加算（Ⅰ）イ	180円（1日6円）				
栄養マネジメント強化加算	330円（1日11円）				
夜勤職員配置加算	660円（1日22円）				
6. 1カ月単位の加算					
科学的介護加算Ⅱ	50円				
協力医療機関連携加算	50円				
感染症対策向上加算Ⅰ	10円				
生産性向上加算Ⅰ	10円				
ADL維持等加算（Ⅱ）	60円				
7. 居室に係る自己負担額	27,450円（1日915円）				
8. 食事に係る自己負担額	46,350円（1日1,545円）				
9. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	3,538円	3,907円	4,293円	4,662円	5,027円
10. 自己負担額合計 （4+5+6+7+8+9）	97,438円	99,907円	102,483円	104,952円	107,387円

2 割負担の場合（1 か月あたりの目安）

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 5,890円	要介護 2 6,590円	要介護 3 7,320円	要介護 4 8,020円	要介護 5 8,710円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,712円	5,272円	5,856円	6,416円	6,968円
3. サービス利用に係る1日の自己負担額(1-2)	1,178円	1,318円	1,464円	1,604円	1,742円
4. サービス利用に係る1カ月の自己負担額(3×30)	35,340円	39,540円	43,920円	48,120円	52,260円
5. 1日あたりの加算					
日常生活継続支援加算	2,160円（1日72円）				
看護体制加算（Ⅰ）イ	360円（1日12円）				
栄養マネジメント強化加算	660円（1日22円）				
夜勤職員配置加算	1,320円（1日44円）				
6. 1月あたりの加算					
科学的介護加算Ⅱ	100円				
協力医療機関連携加算	100円				
感染症対策向上加算Ⅰ	20円				
生産性向上加算Ⅰ	20円				
ADL維持等加算（Ⅱ）	120円				
7. 居室に係る自己負担額	27,450円（1日915円）				
8. 食事に係る自己負担額	46,350円（1日1,545円）				
9. 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	7,075円	7,814円	8,585円	9,324円	10,053円
10. 自己負担額合計 (4+5+6+7+8+9)	121,075円	126,014円	131,165円	136,104円	140,973円

3 割負担の場合（1 か月あたりの目安）

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 5,890円	要介護 2 6,590円	要介護 3 7,320円	要介護 4 8,020円	要介護 5 8,710円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,123円	4,613円	5,124円	5,614円	6,097円
3. サービス利用に係る1日の自己負担額(1-2)	1,767円	1,977円	2,196円	2,406円	2,613円
4. サービス利用に係る1カ月の自己負担額(3×30)	53,010円	59,310円	65,880円	72,180円	78,390円
5. 1日単位の加算					
日常生活継続支援加算	3,240円（1日108円）				
看護体制加算（Ⅰ）イ	540円（1日18円）				
栄養マネジメント強化加算	1,980円（1日33円）				
夜勤職員配置加算	990円（1日66円）				
6. 1月単位の加算					
科学的介護加算Ⅱ	150円				
協力医療機関連携加算	150円				
感染症対策向上加算Ⅰ	30円				

生産性向上加算Ⅰ	30円				
ADL維持等加算（Ⅱ）	180円				
7. 居室に係る自己負担額	27,450円（1日915円）				
8. 食事に係る自己負担額	46,350円（1日1,545円）				
9. 介護職員等处遇改善加算（Ⅰ）ロ	10,613円	11,722円	12,878円	13,987円	15,080円
10. 自己負担額合計 （3+4+5+6+7+8+9）	144,713円	152,122円	159,848円	167,257円	174,560円

☆契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、契約者の負担額を変更します。

☆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。

☆保険者から介護保険負担割合証が発行されますので、サービス利用時にご提示願います。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用・居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

〔単位：円〕（日額概数）

対象者		区分	居住費（居住の種類により）				食事
			多床室 （相部屋）	従来型 個室	ユニット 型準個室	ユニット 型個室	
生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		利用者負担 第1段階	0				300
市町村 民税非 課税世 帯（世 帯分離 してい る配偶 者も非 課税で あるこ と）	○合計所得金額と年金収入 税の合計が80万9千円以下	利用者負担 第2段階	430				390
	○預貯金が単身650万円以下 夫婦で1650万円以下						
	○合計所得金額と年金収入 額の合計が80万9千円超 120万円以下	利用者負担 3段階①	430				680
	○預貯金が単身550万円以下 夫婦で1550万円以下						
	○合計所得金額と年金収入 額の合計が120万円超	利用者負担 3段階②	530				1,420
	○預貯金が単身で500万円以下 夫婦で1500万円以下						
上記区分（第1段階、第2段階、 第3段階①②）のいずれにも 該当しない場合		利用者負担 4段階	915				1,545

(2) 当施設が提供する介護保険基準外サービス（契約書第4条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額が契約者の負担となります。

・預り金管理料

ご契約者の希望により、各種証書、通帳、印鑑等の保管、及び入出金取り扱いのサービスをご利用いただけます。

＊利用料金：1か月当たり 2,000円

・特別な食事（酒類を含みます）

契約者のご希望に基づいて食事を提供します。

＊利用料金；要した費用の実費

・その他の利用料金

項 目	内 容	利 用 料
私物電化製品持ち込み 電気料	・希望の電化製品をお持ち込みいただきご利用いただけます。	・テレビ 20円／1日 ・CDラジカセ(ラジオ含む) 20円／1日 ・ポータブルDVD 20円／1日 ・電気アンカ 20円／1日 ・冷蔵庫 30円／1日 ・電気毛布等 30円／1日
教養娯楽サービス	・季節毎の行事を企画し、楽しいひとときが提供できるよう努めます。	・実費
理 容	・毎月1回市内の理容師さんの出張による理容サービスをご利用いただけます。	利用者個々の実費
複写物の交付	・ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます。	1枚につき 10円
買い物	・利用者個々の希望により買い物を兼ね外出します。	利用者個々の実費

※その他（契約書第21条に定める所定の料金）

ご契約者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡された日までの期間に係る料金

ご契約者の要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
料 金	5,890円	6,590円	7,320円	8,020円	8,710円

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更する事があります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。お支払いは当施設でお預かりしている預金通帳または本人指定の預金口座からの引き落とし、または事業者の指定する方法で翌々月4日（金融機関休業日の場合は翌営業日）までにお支払い下さい。

(4) 医療機関等への入院について

ご契約者の入院に際して、ご家族へ連絡を差し上げておりますので、入院に係る手続きについてご協力をいただきます。

(5) 入所中の医療の提供について

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や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものでもありません。)

協力医療機関

医療機関の名称	登米市立登米市民病院
所在地	宮城県登米市迫町佐沼字下田中25 TEL 0220-22-5511
診療科	内科 小児科 外科 乳腺外科 整形外科 皮膚科 眼科 泌尿器科 産婦人科 耳鼻咽喉科 放射線科 リハビリテーション科 麻酔科 ストーマ外来 人工透析内科
医療機関の名称	佐藤医院
所在地	宮城県登米市南方町畑岡7番地5 TEL 0220-58-2058
診療科	心療内科、精神科

7 施設を退所していただく場合(契約の終了について)(契約書第15条参照)

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。したがって、契約書第15条記載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はできますが、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。

(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16、17条参照)

契約の有効期間であってもご契約者から当施設へ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日前までに解約届け出書をご提出下さい。

但し、契約書第16、17条記載のような場合には、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。

(2) 事業者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18条参照)

契約書第18条記載のような場合には、当施設から退所していただくことがあります。

※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20条参照)

① 3か月以内の入院の場合

- 3か月間以内の入院の場合には、当施設に入所出来るようにします。
- 3か月以上入院された場合には、契約を解除する場合があります。
- 但し、入院期間中であっても、所定の利用料金をいただきます。

② 3か月以内の退院が見込まれない場合

- 契約を解除する場合があります。
- この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

(3) 円滑な退所のための援助(契約書第19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

8 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はありません。

ただし、入所契約が終了した後、当施設に残されたご契約者の所持品（残置物）をご契約者が引き取れない場合に備えて、「残置物引取人」を定めていただきます。（契約書第22条参照）
当施設は、「残置物引取人」に連絡のうえ、残置物を引き取っていただきます。

また、引き渡しにかかる費用については、ご契約者または残置物引取人にご負担いただきます。
※入所契約締結時に残置物引取人が定められない場合であっても、入所契約を締結する事は可能です。

9 事故発生又は再発防止の取り組み

当施設事故防止の取り組み	事故発生防止のための指針及びマニュアルの整備をします。 事故が発生した場合等の報告と、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をします。 事故発生防止のための定期的な委員会の開催と従業者へ研修を実施します。 担 当 者： 光風園 安全対策担当者
--------------	--

10 事故発生時の対応

当事業所では、事故発生時の対応について、緊急（事故）対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底を図り、契約者・ご家族の方々に安心してご利用できる体制を設けております。

事故発生時には速やかに事故にあった契約者家族・市町村に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。併せて、事故発生の原因、再発防止の検討を行います。また、契約書に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うなど、誠意を持って対応いたします。なお、事故には事業者がサービス提供中に起こる介護事故の他に、入所者が生活する上でどこでも起こりうる転倒をはじめとする生活事故があります。よって全ての事故が賠償すべき事故にはならない事を契約者が十分理解できるよう説明に努めます。

11 高齢者虐待防止の取り組み

当施設虐待防止の取り組み	虐待防止のための指針及びマニュアルの整備をします。 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ります。 虐待防止のため、従業者へ定期的な研修を実施します。 担 当 者： 光風園 虐待防止担当者
--------------	--

12 苦情等の受付について（契約書第25条参照）

（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 受 付 窓 口	責 任 者	光風園 施設長
	窓口担当者	光風園 生活相談員
	ご利用時間	午前9時～午後5時
	ご利用方法	電 話 52-3275
	面 接	会議室兼相談室
	苦 情 箱	玄関ロビーに設置

(2) 恵泉会苦情解決体制 第三者委員

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を促進するため、第三者委員を委嘱いたします。

松 村 正	登米市***** 電 話*****
千 葉 ますみ	登米市***** 電 話*****
伊 藤 浩	登米市***** 電 話*****

(3) 行政機関その他苦情受付機関

登米市福祉事務所長寿介護課	所在地 宮城県登米市南方町新高石浦 1 3 0 電話番号 0 2 2 0 - 5 8 - 5 5 5 1 受付時間 月～金午前 9 時から午後 5 時
宮城県国民健康保険団体連合会	所在地 宮城県仙台市青葉区上杉 1 - 2 - 3 電話番号 0 2 2 - 2 2 2 - 7 7 0 0 受付時間 月～金午前 9 時から午後 5 時
宮城県社会福祉協議会 福祉サービス利用に関する 運営適正化委員会	所在地 宮城県仙台市青葉区本町 3 - 7 - 4 電話番号 0 2 2 - 7 1 6 - 9 6 7 4 受付時間 月～金午前 9 時から午後 4 時

1 3 第三者評価

宮城県福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。 但し、法人内第三者委員によるサービス評価は、毎年実施しております。

1 4 非常時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム光風園消防計画・非常災害時対応マニュアル」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	金沢山町内会に近隣防災協力を依頼し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム光風園消防計画」にのっとり年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	5 個所
	防火扉	4 個所	非常通報装置	1 台
	避難誘導灯	あり	非常警報装置	あり
	自動火災報知器	あり	自家発電設備 (SP用)	1 台
	ガス漏れ報知器	4 個所		
	カーテンは防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届け出日：令和8年 4月 防火管理者： 光風園 防火管理者			
感染症発生及び災害発生時の対応	感染症及び自然災害の発生を想定し、業務継続に向けた計画を策定した上で、感染症や災害発生時は計画に従って必要な措置を講じます。 業務継続計画を職員に周知するとともに、定期的に必要な研修及び訓練を実施します。 定期的に業務継続計画の見直しを実施し、必要に応じて計画内容の変更を行います。			

1 5 当施設ご利用の際に留意いただく事項

面 会	面会時間 午前9時～午後4時 (但し、ご都合により時間外になる場合は、あらかじめお申し出下さい。)
外出・外泊	外出・外泊の際は行き先、出発時間、帰宅時間を事前にお申し出下さい。ご家族等が同行する外出・外泊中に発生した事故その他の損害については、当施設は責任を負いません。また、感染症流行期には外出・外泊をお断りさせていただく場合もあります。
居室・設備 器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、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。
各種ハラス メント行為	契約者及び、契約者との関係方々による騒音等、他利用者の迷惑になる行為、事業所の職員に対して行う暴言・暴力、体を触ってきたり義務のないことを要求、職員写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載する等、迷惑な行為は契約解除事項に該当しますのでご注意ください。
宗教・政治 ・営利活動	施設内で他の契約者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

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際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

特別養護老人ホーム 光 風 園

説明者 職名 生活相談員 氏 名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定介護老人福祉施設サービスの開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名

印

私は、()の理由により本人の意思を確認し本人に代わり、上記署名を行いました。
私の本人との関係は、()です。

署名代行者 住 所

氏 名

印

指定短期入所生活介護 重要事項説明書

社会福祉法人恵泉会
特別養護老人ホーム光風園

恵泉会理念(基本理念)

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

重要事項説明書

(特別養護老人ホーム光風園)

利用者に対する居宅サービス提供開始にあたり、当事業者が利用者に説明すべき事項は次のとおりです。

1 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 恵泉会
事業者の所在地	宮城県登米市迫町佐沼字江合3丁目16-2
電話番号	0220-22-1160
代表者名	理事長 松坂 勝司
設立年月日	昭和48年5月21日

2 ご利用施設

施設の種類	指定短期入所生活介護事業所・平成12年4月1日・指定宮城県0471200055号 ※当事業所は特別養護老人ホーム光風園に併設されています
施設の目的	指定介護老人福祉施設は、介護保険法令に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的として、ご契約者に、日常生活を営むために必要な居室および共用施設等をご利用いただき、介護福祉施設サービスを提供します。また、感染症や自然災害が発生した場合でもサービスの提供が継続できるよう業務継続計画を作成し体制を整備します。 この施設は、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な方がご利用いただけます。
施設の名称	特別養護老人ホーム光風園
施設の所在地	宮城県登米市登米町寺池金沢山60番地3
電話番号	0220-52-3275 (FAX 0220-52-3276)
施設長氏名	光風園 施設長
運営方針	法人の基本理念を施設運営の柱として、契約者一人ひとりに質の高い生活を提供できるよう継続性のあるサービスを展開していきます。
開設年月日	昭和 51年 4月 1日
入所定員	5名

3 施設の概要

(1) 敷地および建物

敷地	10,927.905㎡
建物	構造 鉄筋コンクリート造1階建（耐火建築）
	延べ床面積 1,763.47㎡

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積	居室類型
個室	1室	17.40㎡	17.40㎡	多床室
2人部屋	2室	52.80㎡	13.20㎡	多床室
3人部屋	2室	43.20㎡	7.20㎡	多床室
4人部屋	11室	426.52㎡	9.69㎡	多床室

(3) その他の主な設備

設備の種類	数	面 積	1人あたりの面積
食堂 機能訓練室	1 室	198.00 m ²	3.66 m ²
浴室	1 室	62.64 m ²	
機械浴	特殊浴槽 2 台		
便所	4 個所		
医務室	1 室		

4 職員体制（主たる職員）

従事者の職種	員数	事業者の指定基準
施設長	1	1
生活相談員	1以上	1以上
介護支援専門員	1以上	1以上
介護職員	15以上	17以上
看護職員	2以上	
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	1以上	1以上
管理栄養士	1以上	1以上
事務員	1以上	必要数
嘱託医師	1以上	1以上
嘱託歯科医師	1以上	必要数

5 職員の勤務体制

従事者の職種	勤 務 体 制	休 暇
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務	4週8休
事務員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務	4週8休
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）常勤で勤務	4週8休
生活相談員	・日 勤（8：30～17：15）	4週8休
介護支援専門員	・日 勤（8：30～17：15）	4週8休
介護職員	・早 勤（6：45～15：30） ・早 勤（7：15～16：00） ・日 勤（8：30～17：15） ・遅 勤（10：30～19：15） ・遅 勤（11：00～19：45） ・遅 勤（13：00～21：45） ・夜 勤（21：30～7：30） 夜間（21：45～6：45）は、原則として夜勤職員2名によって介護にあたります。	原則として 4週8休
看護職員	・早 勤（7：15～16：00） ・日 勤（8：30～17：15） ・遅 勤（10：15～19：00） ・夜間については、交代で自宅待機を行い、緊急時に備えます。	4週8休

医師	週 1 回（木曜日） 15：00～16：00（内科） 第 3 水曜日 14：15～15：15（精神科） 第 1 水曜日 13：00～14：00（歯科）	
----	---	--

※土日及び祝祭日等は上記と異なります。

6 営業日およびご利用の予約

営業日	年中無休
ご予約の方法	・ご利用の予約は、利用を希望される期間の 2 ヶ月前の 1 日から受け付けております。

7 施設サービスの概要

（1）当施設が提供する介護基準サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き通常 9 割が介護保険から給付されます。

種 類	内 容
食事の介助	・管理栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 ・食事はできるだけ離床し、下記時間内であれば個人の意志を尊重し、各グループスペースや食堂など好きな場所でお好きな時間に摂っていただけるよう配慮します。 （食事時間） 朝食 7：30～ 8：30 昼食 12：00～13：30 夕食 18：00～19：00
口腔ケア	・食事後に個々の能力に応じた口腔ケアを実施します。
排泄の介助	・契約者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、個々の状態に応じて随時の交換を行います。
入浴の介助	・週 2 回以上の入浴または清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は機械を用いての入浴も可能です。
着替え等の介助	・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 ・個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・シーツ交換は週 1 回、寝具の消毒は年 2 回実施します。

健康管理	・ 嘱託医師により、週 1 回診察日を設けて健康管理に努めます。また、緊急等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。 ・ 契約者が外部の医療期間に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。 (当施設の嘱託医師) 氏 名：高 橋 雄 大 診療科：登米市立登米市民病院 診療日：毎週木曜日 15:00～16:00 氏 名：佐 藤 厚 史 診療科：佐藤医院 精神科 診療日：毎月第 3 水曜日 14:15～15:15 氏 名：前 川 理 人 診療科：中江歯科クリニック 歯科 診療日：毎月第 1 水曜日 13:00～14:00	
相談および援助	・ 当施設は、契約者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます (相談窓口) 光風園 生活相談員	
送迎	・ リフト付きの車で入退所の送迎を行います 送迎区域 (登米市・旧若柳町・旧瀬峰町)	1 回 1 8 4 円
サービス提供体制強化加算	・ 介護職員の経験年数や介護福祉士の割合が一定以上配置された場合 (介護保険法上での基準により I、II、III となります)	(I) 2 2 円 / 日 (II) 1 8 円 / 日 (III) 6 円 / 日
緊急短期入所受入加算	・ 居宅介護サービス計画において、計画的に行うことになっていない利用者を緊急に受け入れた場合	1 日 9 0 円 (7 日間限度・やむを得ない事情がある場合 14 日限度)
機能訓練指導員加算	・ 専ら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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師 (以下、機能訓練指導員) を 1 名以上配置している場合。	1 日 1 2 円
個別機能訓練加算	・ 専ら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、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師 (以下、機能訓練指導員) を 1 名以上配置している場合。 ・ 機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成した場合。 ・ 当該計画に基づき、機能訓練指導員等が計	1 日 5 6 円

	画的に機能訓練を行っている場合。 ・機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、利用者又はその家族に対して、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、訓練内容の見直し等を行っている場合。	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	①訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言に基づき、当施設の機能訓練指導員等が共同して身体状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成した場合。 ②機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他職種の者が協働して、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施した場合。 ③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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、必要に応じて見直し等を行っている場合。	1ヶ月 100円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	①訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が加算を算定する施設に訪問し、当施設の機能訓練指導員等と共同して身体状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成した場合。 ②個別機能訓練計画に基づき、利用者の身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練を準備し、機能訓練指導員等が利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に提供した場合。 ③①の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況等を3月ごとに1回以上評価し、利用者又はその家族に対し、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、必要に応じて見直し等を行っている場合。	1ヶ月 200円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	・介護を必要とする認知症の占める割合が、1／2以上。認知症介護に係る専門的な研修修了者を配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施している場合	1日 3円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	・認知症専門ケア加算（Ⅰ）の算定要件を満たす場合。 ・認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了している 従業者を1名以上配置し、認知	1日 4円

	症ケアの指導等を実施している場合。 ・介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施または実施を予定している場合。	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	・医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期入所サービスや入所サービスの利用することが適当であると判断した利用者に対して、サービスを提供している場合。 ・介護支援専門員と受入れ先の事業所の職員が連携し、利用者またはその家族の同意を得て、サービスの利用を開始している場合。 ・医師が判断した当該日またはその次の日にサービスの利用を開始している場合。	1日200円 (利用開始日から7日間)
若年性認知症利用者受入加算	・若年性認知症の利用者に対して個別に担当者を定めている場合。 ・個別の担当者を中心に若年性認知症の利用者のニーズに応じたサービスを提供する場合。	1日120円
在宅中重度受入加算(二)	・利用者が利用していた訪問看護を行う訪問看護事業所に健康上の管理を行わせた場合	1日 425円
療養食加算	・医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合	1回 8円 1日に3回を限度
夜勤職員配置加算(Ⅰ)	①夜勤時間帯の夜勤職員数が最低基準+1名分の人員を多く配置している場合。 - もしくは、 ②夜勤時間帯の夜勤職員数が最低基準+0.9名分の人員を多く配置した場合。 ・利用者の動向を検知できる見守り機器を入所者数の10%以上に設置している場合。 ・見守り機器の安全かつ有効に活用するための委員会を設置し、必要な検討等が行われている場合。	1日 13円
看護体制加算(Ⅰ)	・常勤の看護師を1名以上配置している場合。 ・併設事業所の場合は、本体施設の配置と別に短期入所生活介護事業所として1名以上の常勤看護師を配置している場合 ・空床利用の場合は、本体施設に常勤の看護師を1名配置している場合	1日 4円
看護体制加算(Ⅱ)	・空床利用以外の場合、看護職員の数が、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること ・空床利用の場合、看護職員の数が、常勤換算方法で利用者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であり、かつ特別養護老人ホ	1日 8円

	ームの基準に定められる看護職員の数に1を加えた数以上配置していること ・事業所の看護職員または、病院、診療所、訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間連絡できる体制を確保していること	
看取り連携体制加算	・看護体制加算（Ⅰ）を算定しており、かつ、短期入所生活介護事業所、または、病院、診療所、訪問看護ステーション、本体施設の看護職員と24時間連絡できる体制を確保している場合。 ・看取り期の対応方針を定め、利用開始の際に利用者・その家族等に内容を説明し、同意を得ている場合。	1日 64円 死亡日及び死亡日以前30日以下について、7日を限度
口腔連携強化加算	・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て、歯科医療機関および介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合。 ・診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、事業所の従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合。	1ヶ月50円
通院等乗降介助	・通院等の目的があつて、居宅が始点または終点となる場合、その間の施設から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助を行った場合。	片道 99円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	・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等の対応を行う体制を確保している場合。 ・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場合。 ・診療報酬における感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関又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又は訓練に1年に1回以上参加している場合。	1ヶ月10円

高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	診療報酬における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の感染制御等に係る実地指導を受けている場合。	1ヶ月 5円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	- 生産性向上推進体制加算（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されている場合。 - 見守り機器等のテクノロジーを複数導入している場合。 - 職員間の適切な役割分担の取組等を行っている場合。 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（オンラインによる提出）を行う場合。	1ヶ月 100円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	- 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場合。 - 見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している場合。 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っている場合。	1ヶ月 10円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅳ）	介護職員等の賃金改善や職場環境の整備等を実施している場合。	介護報酬総単位数 ×16.3%（Ⅰイ） ×17.6%（Ⅰロ） ×15.9%（Ⅱイ） ×17.2%（Ⅱロ） ×13.6.%（Ⅲ） ×11.3%（Ⅳ）

〔サービス利用料金概算（１日あたり）〕（契約書第17条参照）

下記の料金表によって、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）と食事に係る標準自己負担額の合計金額をお支払い下さい。

（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

1 割負担

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 6,030円	要介護 2 6,720円	要介護 3 7,450円	要介護 4 8,150円	要介護 5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	5,427円	6,048円	6,705円	7,335円	7,956円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	603円	672円	745円	815円	884円
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22円				
5. 夜勤職員配置加算	13円				
6. 居室に係る自己負担額	915円				
7. 食事に係る自己負担額	1,545円 （朝食 440円、 昼食565円、 夕食540円）				
8. 自己負担額合計 （3+4+5+6+7）	3,098円	3,167円	3,240円	3,310円	3,379円

2 割負担

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 6,030円	要介護 2 6,720円	要介護 3 7,450円	要介護 4 8,150円	要介護 5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,824円	5,376円	5,960円	6,520円	7,072円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1,206円	1,344円	1,490円	1,630円	1,768円
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	44円				
5. 夜勤職員配置加算	26円				
6. 居室に係る自己負担額	915円				
7. 食事に係る自己負担額	1,545円 （朝食 440円、 昼食565円、 夕食540円）				
8. 自己負担額合計 （3+4+5+6+7）	3,736円	3,874円	4,020円	4,160円	4,298円

3 割負担

1. 契約者の要介護度とサービス利用料金	要介護 1 6,030円	要介護 2 6,720円	要介護 3 7,450円	要介護 4 8,150円	要介護 5 8,840円
2. うち、介護保険から給付される金額	4,221円	4,704円	5,215円	5,705円	6,188円
3. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	1,809円	2,016円	2,235円	2,445円	2,652円
4. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	66円				
5. 夜勤職員配置加算	39円				
6. 居室に係る自己負担額	915円				
7. 食事に係る自己負担額	1,545円 （朝食 440円、 昼食565円、 夕食540円）				
8. 自己負担額合計 （3+4+5+6+7）	4,374円	4,581円	4,800円	5,010円	5,217円

☆上記の所定単位数に、介護職員等処遇改善加算×17.6%を乗じた金額が利用料金に発生いたします。

☆更にサービス提供内容により各種加算料金（送迎加算等）が利用料金に発生いたします。

☆契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）償還払いとなる場合、契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆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、契約者の負担額を変更します。

☆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。

☆保険者から介護保険負担割合証が発行されますので、サービス利用時にご提示願います。

◇当施設の居住費・食費の負担額

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、施設利用・居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

〔単位：円〕（日額概数）

対象者		区分	居住費(居住の種類により異なります)				食事
			多床室 (相部屋)	従来型	ユニット 型準個室	ユニット 型個室	
生活保護受給者 老齢福祉年金受給者		利用者負担 第1段階	0				300
市町村民 税非課税 世帯 (世帯分 離してい る配偶者 も非課税 であるこ と)	○合計所得金額と年金収入 額の合計が80万円以下 ○預貯金が単身650万円以下 夫婦で1650万円以下	利用者負担 第2段階	430				600
	○合計所得金額と年金収入 額の合計が80万円超 120万円以下 ○預貯金が単身550万円以下 夫婦で1550万円以下	利用者負担 第3段階 ①	430				1,030
	○合計所得金額と年金収入 額の合計が120万円超 ○預貯金が単身500万円以下 夫婦で1500万円以下	利用者負担 第3段階 ②	530				1,360
	上記区分（第1段階、第2 段階、第3段階①②）のい ずれにも該当しない場合	利用者負担 第4段階	915				1,545

(2) 当施設が提供する介護保険基準外サービス

項 目	内 容	利 用 料
私物電化製品持ち込み電気料	・希望の電化製品をお持ち込みいただきご利用いただけます。	・テレビ 20円／1日 ・CDラジカセ(ラジオ含む) 20円／1日 ・ポータブルDVD 20円／1日 ・電気アンカ 20円／1日 ・冷蔵庫 30円／1日 ・電気毛布30円／1日
教養娯楽サービス	・ロビーにある、語らいカフェにて飲み物を提供いたします。 ・各種ゲーム大会に参加いただきます。	・無料
理容・美容サービス	・随時、理容師さんの出張サービスをご利用いただけます。	・理髪サービス2,500円 ・美容サービス 実費
複写物の交付	・契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をいただきます	・1枚につき 10円
特別な食事	・特別な食事(酒類を含みます) 契約者のご希望に基づいて食事を提供します。	・要した費用の実費

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第17条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。お支払いは本人指定の預金口座からの引き落とし、または事業所の指定する方法で翌々月4日(金融期間休業の場合は翌日営業日)までに引き落とします。

8 キャンセル料

キャンセル日	キャンセル料	備考
利用期間中	5,000円	ただし、キャンセルの理由が入院及び死亡の場合は徴収いたしません。
利用開始当日	5,000円	

9 事故発生又は再発防止の取り組み

当施設の事故防止の取り組み	事故発生防止のための指針及びマニュアルの整備をします。 事故が発生した場合等の報告と、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をします。 事故発生防止のため定期的に委員会の開催と従業者へ研修を実施します。 担 当 者：光風園 安全対策担当者
---------------	--

10 事故発生時の対応

当事業所では、事故発生時の対応について、緊急（事故）対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底を図り、契約者・ご家族の方々に安心してご利用できる体制を設けております。事故発生時には速やかに事故にあった契約者家族・市町村に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。併せて、事故発生の原因、再発防止の検討を行います。また、契約書に賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うなど、誠意を持って対応いたします。なお、事故には事業者がサービス提供中に起こる介護事故の他に、入居者が生活するうえでどこでも起こりうる転倒をはじめとする生活事故があります。よって全ての事故が賠償すべき事故にはならない事を契約者が十分理解できるよう説明に努めます。

11 高齢者虐待防止の取り組み

当施設の虐待防止の取り組み	虐待防止のための指針及びマニュアルの整備をします。 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。 虐待防止のため、従業者へ定期的な研修を実施します。 担 当 者： 光風園 虐待防止担当者
---------------	---

12 苦情等申立先

当施設ご利用相談室	責 任 者 光風園 施設長 窓口担当者 光風園 生活相談員 ご利用時間 午前9時～午後5時 ご利用方法 電 話 52-3275 面 接 会議室兼相談室 苦情箱 玄関ロビーに設置
-----------	---

恵泉会苦情解決体制 第三者委員

苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を促進するため、第三者委員を委嘱いたします。

松 村 正	登米市***** 電 話 *****
千 葉 ますみ	登米市***** 電 話 *****
伊 藤 浩	登米市***** 電 話 *****

機関その他苦情受付機関

登米市市民生活部長寿介護課	所在地 宮城県登米市南方町新高石浦130 電話番号 0220-58-5551 受付時間 月～金午前9時から午後5時
宮城県国民健康保険団体連合会	所在地 宮城県仙台市青葉区上杉1-2-3 電話番号 022-222-7700 受付時間 月～金午前9時から午後5時
宮城県社会福祉協議会 福祉サービス利用に関する 運営適正化委員会	所在地 宮城県仙台市青葉区本町3-7-4 電話番号 022-716-9674 受付時間 月～金午前9時から午後4時

1 3 第三者評価

宮城県福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。
但し、法人内第三者委員によるサービス評価は、毎年実施しております。

1 4 協力医療機関

医療機関の名称	登米市立登米市民病院		
所在地	宮城県登米市迫町佐沼字下田中25		TEL 0220-22-5511
診療科	内科 小児科 外科 乳腺外科 整形外科 皮膚科 眼科 泌尿器科 産婦人科 耳鼻咽喉科 放射線科 リハビリテーション科 麻酔科 ストーマ外来 人工透析内科		
医療機関の名称	佐藤医院		
所在地	宮城県登米市南方町畑岡 7 番地5		TEL 0220-58-2058
診療科	心療内科、精神科		

1 5 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホーム光風園 消防計画・非常災害対応マニュアル」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	金沢山町内会に近隣防災協力を依頼し、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等	別途定める「特別養護老人ホーム光風園 消防計画」にのっとり、年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備	設 備 名 称	個数等	設 備 名 称	個数等
	スプリンクラー	あり	屋内消火栓	5 個所
	防火扉	4 個所	非常通報装置	1 台
	避難誘導灯	あり	非常警報装置	あり
	自動火災報知器	あり	自家発電設備 (SP用)	1 台
	ガス漏れ報知器	4 個所		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への届け出日：令和 8 年 4 月 防火管理者： 光風園 防火管理者			
感染症及び自然災害発生時の対応	感染症及び自然災害の発生を想定し、業務継続に向けた計画を策定した上で、感染症や災害発生時は計画に従って必要な措置を講じます。 業務継続計画を職員に周知するとともに、定期的に必要な研修及び訓練を実施します。 定期的に業務継続計画の見直しを実施し、必要に応じて計画内容の変更を行います。			

16 当施設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（午前9時～午後4時）を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。 来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際は行き先、出発時間、帰宅時間を事前にお申し出下さい。ご家族等が同行する外出・外泊中に発生した事故その他の損害については、当施設は責任を負いません。また、感染症流行期には外出・外泊をお断りさせていただく場合もあります。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法にしたがって利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	決められた場所以外ではお断りします。
カスタマーハラスメントとなる行為	契約者及び、契約者との関係方々による騒音等、他利用者の迷惑になる行為、事業所の職員に対して行う暴言・暴力、体を触ってきたり義務のないことを要求、職員写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載する等、迷惑な行為は契約解除事項に該当しますのでご注意ください。
宗教・政治・営利活動	施設内で他の契約者に対する宗教・政治・営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

令和 年 月 日

指定短期入所生活介護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。

特別養護老人ホーム 光風園

説明者 職名 生活相談員 氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定短期入所生活介護サービスの開始に同意しました。

利 用 者 住所

氏名

印

私は（ ）の理由により本人の意志を確認し本人に代わり、上記署名を行いました。
私と本人の関係は（ ）です。

署名代行者 住所

氏名

印