

	項目	単位	金額(円)	備考	
介護報酬に係る費用	要介護1	670	701	ユニット型介護福祉施設サービス費	
	要介護2	740	774		
	要介護3	815	852		
	要介護4	886	926		
	要介護5	955	998		
加算項目	初期加算	30	32	入所後30日間のみ	
	日常生活継続支援加算	46	48	施設内において新規入所者のうち、要介護度4～5の割合が70％以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65％以上又はたんの吸引等が必要な割合が15％以上であり、介護福祉士を入所者の数が6又はその端数を増すごとに1以上配置しているための加算	
	個別機能訓練加算(Ⅰ)	12	13	個別機能訓練計画を作成し機能訓練を行っている為の加算	
	個別機能訓練加算(Ⅱ)(※月1回算定)	20	21	厚生労働省に情報を提出しサービスの質の管理を行っている為の加算	
	看護体制加算(Ⅰ)	4	5	常勤の看護師を1名以上配置している為の加算	
	看護体制加算(Ⅱ)	8	9	看護職員の配置が25:1以上で最低基準を1人以上上回り、24時間の連絡体制を確保している為の加算	
	夜勤職員配置加算(Ⅳ)	21	22	夜勤帯(17時～翌9時)における介護職員・看護職員の数が最低基準を1人以上上回っており、喀痰吸引等業務等の登録を受け、喀痰吸引等を実施できる介護職員を配置している為の加算	
	若年性認知症入所者受入加算	120	126	若年性認知症の利用者を受け入れの際、個別で担当者を定め、サービス提供を行った場合	
	経口移行加算	28	30	経管栄養の入所者様で経口移行計画に基づき栄養管理を行った場合	
	経口維持加算(Ⅰ)(※月1回算定)	400	418	摂食機能障害があり誤嚥を認め(水飲みテスト等による確認)、他職種が共同して食事の観察及び会議を行い、経口維持計画を作成し管理を行った場合	
	経口維持加算(Ⅱ)(※月1回算定)	100	105	協力歯科医療機関を定めた上で、医師(配置医師以外)、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士のいずれか1名以上が食事の観察や会議に加わった場合	
	療養食加算	6	7	厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合、1日に3回を限度に算定	
	口腔衛生管理加算Ⅰ(※月1回算定)	90	94	口腔衛生の管理内容の実施目標・実施内容に基づき、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衛生等の管理を月2回以上行う場合に算定	
	在宅復帰支援機能加算	10	11	在宅復帰に向けて、ご家族様、指定居宅介護支援事業者と居宅サービスの利用に関する調整等を行った場合	
	在宅・入所相互利用加算	40	42	在宅期間及び入所期間を定めて施設の居室を計画的に利用した場合	
	退所前訪問相談援助加算	460	481	退所前1回(又は2回)を限度に相談援助等を行った場合	
	退所後訪問相談援助加算	460	481	退所後1回を限度に相談援助等を行った場合	
	退所時相談援助加算	400	418	退所時に相談援助等を行った場合	
	退所前連携加算	500	523	退所に先立って退所後の指定居宅介護支援事業者と調整を行った場合	
	退所時栄養情報連携加算(※月1回算定)	70	74	管理栄養士が退所先の医療機関等に対して当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合に算定	
	退所時情報提供加算(※退所時1回算定)	250	262	医療機関へ退所する入居者について、退所後の医療機関に対して入居者を紹介する際、入居者等の同意を得て、当該入居者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に退所時1回に限り算定	
	外泊時費用	246	257	入院及び外泊時に施設サービス費に代えて、ひと月に6日を限度に算定	
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	209	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、緊急に介護福祉施設サービスを行う必要があると判断した者に対して、介護福祉サービスを行った場合	
	配置医師緊急時加算(早朝・夜間の場合)	650	680	配置医師が、施設の求めに応じ、早朝・夜間又は深夜に施設を訪問し入所者の診療を行った場合に算定	
	配置医師緊急時加算(深夜の場合)	1,300	1,359		
	協力医療機関連携加算(※月1回算定)	100	105	入所者の同意を得て、個々の入所者の病歴などの情報を共有する会議を医療機関と定期的に開催している場合に算定	
	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ(※月1回算定)	10	11	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、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ており、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に算定	
	高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ(※月1回算定)	5	6	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に算定	
	生活機能向上連携加算(※月1回算定)	200	209	自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリテーション専門職等と連携する場合に算定(個別機能訓練加算を算定している場合は100単位/月)	
	外泊時在宅サービス利用費用	560	586	入所者が外泊し、介護老人福祉施設より提供される在宅サービスを利用した場合、ひと月に6日を限度に算定	
	低栄養リスク改善加算	300	314	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、計画に基づき、定期的に食事の観察を行い、低栄養状態の改善に努めた場合に算定	
	安全対策体制加算(入所時1回)	20	21	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、入所初日に算定	
	生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	10	11	介護現場における生産性の向上の取り組みの促進を図る観点から、介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を行う場合に月1回算定	
	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(※月1回算定)	40	42	入所者ごとのADL値・栄養状態・口腔機能・認知症の状況その他の基本的な状況をLIFEによって厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画の見直しを行っている場合に算定	
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(※月1回算定)	50	53	上記(Ⅰ)にて提出している情報に加え、入所者ごとの疾病の状況等の情報をLIFEによって厚生労働省に提出し、必要に応じて施設サービス計画の見直しを行っている場合に算定	
	介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)	-	-	所定単位数に加算率17.6%を乗じた単位数	
居住費等	居住費 (建設費用、光熱水費、修繕・維持費用)	2,760	第4段階の方	入院等の理由により月7日以上外泊された場合、7日目から施設に戻る前日までの居住費は減額証の有無に係らず、第4段階の料金とさせていただきます。	
		1,470	第3段階②の方		
		1,370	第3段階①の方		
		880	第2段階の方		
		880	第1段階の方		
	食費	1,545	第4段階の方		
		1,420	第3段階②の方		
		680	第3段階①の方		
		390	第2段階の方		
		300	第1段階の方		
その他費用	健康管理費 (インフルエンザ予防接種代等)	実費			
	理美容代				
	私物洗濯代 (外部業者に出すクリーニング代)				
	利用者の希望する日用品 (利用者が自ら持込む物品以外)				
	趣味・嗜好品、外注食の飲食代等				
	レクリエーション等にかかる物品代				
	売店購入代				
	協力医療機関以外の通院にかかる				
	交通費				
	家族分食費				
	家族寝具代				

※居住費等の利用者負担段階区分

- ・第4段階 第1～3段階以外の方
- ・第3段階② 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が120万円超かつ預貯金額が単身500万円(夫婦1,500万円以下)の方
- ・第3段階① 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が82.65万円～120万円以下かつ預貯金額が単身550万円(夫婦1,550万円以下)の方
- ・第2段階 市民税非課税世帯の方で年金収入金額および合計所得金額が82.65万円以下かつ預貯金額が単身650万円(夫婦1,650万円以下)の方
- ・第1段階 市民税非課税世帯で老齢福祉年金を受給されており、預貯金額が単身1,000万円(夫婦2,000万円)の方もしくは生活保護を受給されている方

介護老人福祉施設アイランドシティ照葉

重要事項説明書

(令和7年3月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 社会福祉法人怡土福祉会 介護老人福祉施設アイランドシティ照葉
- ・開設年月日 平成22年10月1日
- ・所在地 福岡市東区香椎照葉3丁目4-3
- ・TEL 092-663-8500
- ・FAX 092-663-8501
- ・管理者名 施設長 木下 明久
- ・介護保険指定番号 (介護老人福祉施設 4070802824号)

(2) 事業の目的と運営方針

社会福祉法人怡土福祉会が開設する介護老人福祉施設アイランドシティ照葉(以下「施設」という。)が行う、指定介護老人福祉施設事業の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある入所者に対し、適切な施設サービスを提供することを目的とする。

施設は、入所者一人一人の意思及び人格を尊重し、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置いて、入所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、自律的な日常生活が送れるようサービスを提供する。

また、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又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(3) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
管理者	1 人			管理・運営
医師		2 人		医学的管理
生活相談員	1 人			生活相談
管理栄養士	1 人			栄養管理
看護職員	3 人以上			看護業務
介護職員	40 人以上		5 人	介護業務
機能訓練指導員	1 人			機能訓練
事務員	1 人以上			事務全般
介護支援専門員	1 人			施設サービス計画作成

(4) 入所定員等

- ・定員100床
- ・施設のユニット数は10ユニットとする。
- ・各ユニットの定員は10名とする。
- ・災害等やむをえない場合を除き、入所定員及び居室の定員を超えて利用できない。

2. サービス内容及び利用料その他の費用の額

(1) 施設サービス計画の立案

(2) 日常生活上の援助

(3) 医学的管理・看護

(4) 機能訓練サービス

(5) 入浴（一般浴槽の他入浴介助を要する利用者には特別浴槽で対応）

(6) 食事（食事は原則として共同生活スペースでおとりいただきます。）

朝食 8時00分～ 9時00分

昼食 12時00分～13時00分

おやつ 15時00分～15時30分

夕食 18時00分～19時00分

(7) 相談・援助サービス

(8) レクリエーション・行事の実施

(9) その他入所者が適切なサービスを利用できる為の便宜の提供

- ・施設は、法定代理受領サービスに該当する指定介護福祉サービスを提供した場合、入所者から利用料の一部として、当該施設サービス費用基準額から指定介護福祉サービスの額を控除して得た額の支払を受けるものとする。
- ・法定代理受領サービスに該当しない指定介護福祉サービスを提供した際に入所者から支払を受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにする。
- ・前項の支払を受ける額のほか、別紙利用料金表に掲げる項目については、別に料金の支払を受けるものとする。

- ・前項の費用の支払を受ける場合には、入所者又はその家族に対し事前に文書を交付して説明を行い、支払に同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

3. 協力医療機関

入院治療を必要とする入所者のために協力医療機関を定める。また、協力歯科医療機関を定める。

（1）協力医療機関

名 称：医療法人社団朝菊会 昭和病院

住 所：福岡県福岡市西区北原 2－2－6

診療科：消化器科、内科、大腸肛門科、外科、整形外科、循環器科、形成外科、リハビリテーション科

（2）協力医療機関

名 称：医療法人相生会 福岡みらい病院

住 所：福岡県福岡市東区香椎照葉 3－5－1

診療科：整形外科、リウマチ科、内科、神経内科、循環器内科、脳神経外科

（3）協力医療機関

名 称：医療法人 原土井病院

住 所：福岡県福岡市東区青葉 6-4 0-8

診療科：内科、整形外科、心療内科、皮膚科、眼科、婦人科、専門外来

（4）協力歯科医療機関

名 称：医療法人社団朝菊会 昭和歯科医院

住 所：福岡県福岡市西区北原 1－5 5

診療科：一般、口腔外科、矯正歯科

（5）協力歯科医療機関

名 称：医療法人福和会 別府歯科医院

住 所：福岡県福岡市東区千早 4－2 7－1

診療科：歯科

◇緊急時の連絡先

なお、緊急時の場合には「同意書」に記載のある連絡先に連絡するものとする。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・入所者は、共同生活の秩序を保ち、相互の親睦に努める。
- ・入所者が外出・外泊を希望する場合には、所定の手続きにより管理者に届け出る。
- ・入所者は健康に留意するものとし、施設で行う健康診断は、特別な理由がない限り受診する。

- ・入所者は施設の清潔、整頓、その他環境衛生の保持のために施設に協力する。
- ・入所者及び入所者家族は施設内で次の行為をしてはならない。
 - (1) 宗教や信条の相違などで他人を攻撃し又は自己の利益のために他人の自由を侵すこと
 - (2) けんか、口論、泥酔などで他の入所者等に迷惑を及ぼすこと。
 - (3) 施設の秩序、風紀を乱し、安全衛生を害すること。
 - (4) 指定した場所以外で火気を用いること。
 - (5) 故意に施設もしくは物品に損害を与え、またはこれを持ち出すこと。
 - (6) 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
 - (7) 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
 - (8) 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）
- ・入所者は、サービスに係る利用料等を当該サービスを利用した月の翌月末日までに速やかに支払うものとする。
- ・入所にあたり入所者は施設と利用契約を締結する。契約の有効期限は要介護認定の有効期限と同じだが、入所用件が満たされていれば、自動的に更新する。
- ・入所者は、理由の如何を問わずいつでも契約を解除することができる。
- ・以下の場合、連絡がなくとも契約は自動的に終了する。
 - (1) 他の介護保険施設や認知症対応型共同生活介護事業所等へ入所した場合
 - (2) 介護認定区分が、非該当・要支援となった場合
 - (3) 死亡または被保険者資格を喪失した場合
- ・以下の場合、施設から通知の上契約を解除する。
 - (1) 施設で実施される入所検討委員会において、退所して自宅で生活ができると判断された場合
 - (2) サービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払いを催告したにもかかわらず10日以内に入金がない場合。
 - (3) 医療機関へ入院し、明らかに3ヶ月以内に退所できる見込みがないことが判明した場合。または、3ヶ月を経過しても退院できない場合。
 - (4) やむを得ず、施設を縮小または閉鎖する場合。

5. 非常災害対策

- ・施設は、非常災害に備えて必要な設備（スプリンクラー・消火器・防火扉・非常用自動通報装置）を設け、防災、避難に関する計画を作成する。
- ・非常災害に備え、年2回以上、避難、救出その他必要な訓練等を行う。

6. 身体的拘束等の禁止

- ・施設は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。ただし、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合は、この限りではない。

- ・前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、施設は、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得ないと判断した理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、書面に記録する。

7. 高齢者虐待の防止

- ・施設は、入所者の人権擁護、虐待防止の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講ずるものとする。
 - (1) 研修を通じて職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。
 - (2) 職員が支援にあたっての悩みや苦労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整備に努める。

8. 要望及び苦情等の相談

- ・施設は、提供したサービスに関する入所者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、施設長、介護支援専門員、または担当生活相談員が受付窓口となり、事実関係調査の実施、改善措置、入所者又は家族に対する説明、記録の整備その他必要な措置を講じるものとする。

責任者 木下明久（施設長）

担当者 小石原真紀子（生活相談員）
本多千佳（介護支援専門員）

・第三者委員

怡土福祉会監事	神前 悦典
下山門地区社会福祉協議会副会長	西山 和子

・行政機関への問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会	092-642-7859
福岡県運営適正化委員会	092-915-3511
福岡市東区福祉・介護保険課	092-645-1069
福岡市博多区福祉・介護保険課	092-419-1081
福岡市中央区福祉・介護保険課	092-718-1102
福岡市南区福祉・介護保険課	092-559-5125
福岡市城南区福祉・介護保険課	092-833-4105
福岡市早良区福祉・介護保険課	092-833-4355
福岡市西区福祉・介護保険課	092-895-7066
養介護施設における高齢者虐待に関する相談等窓口	
福岡市役所 事業者指導課	092-711-4319

9. 第三者評価の実施状況…なし

10. その他

- ・当施設についての詳細は、パンフレットを用意致しておりますので、ご請求下さい。

介護老人福祉施設 アイランドシティ照葉 入所利用同意書

介護老人福祉施設アイランドシティ照葉を入所利用するにあたり、介護老人福祉施設重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所
氏 名

<家族等>

住 所
氏 名

介護老人福祉施設アイランドシティ照葉
施設長 木下 明久 殿

【緊急連絡先】

氏 名	(続柄)
住 所	〒
電話・FAX・携帯	TEL : FAX : 携帯電話 :

【請求書送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	〒
電話番号	

確認者 _____