

重要事項説明書 (Ver.26)

(介護保健施設サービス)

あなたに対する居宅サービス提供にあたり、厚生省令第40号第5条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次の通りです。

1. 事業者

| | |
|--------|------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 鷲山会 |
| 法人所在地 | 岡山県倉敷市児島柳田町355-1 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者 | 理事長 木村 光亮 |
| 電話番号 | (086)473-1010 |

2. ご利用施設

| | |
|----------|--|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設「老人保健施設 倉敷シルバーナーシングホーム(ユニット型)」 |
| 施設の所在地 | 岡山県倉敷市児島柳田町355-1 |
| 事業者番号 | 3350280149号 |
| 管理者 | 施設長 塩田 一雄 |
| 電話番号 | (086)473-8810 |
| ファクシミリ番号 | (086)473-8818 |
| 利用定員 | 20名 |

3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類 | 事業者指定 | | | 利用定員 |
|-------|-----------------------------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定更新年月日 | 介護保険事業者番号 | |
| 居宅 | 通所リハビリテーション | 平成12年 4月 1日 | 令和2年 4月 1日 | 30名 |
| | 介護予防通所リハビリテーション | 平成18年10月 1日 | 令和2年 4月 1日 | |
| 入所 | 介護老人保健施設倉敷シルバーナーシングホーム(従来型) | 平成10年10月 1日 | 令和2年 4月 1日 | 50名 |

4. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 介護保険法等関係諸法令の定めるところにより、施設介護計画に基づいて、看護・介護・医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話をを行うことにより、ご利用者様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とともに、円滑に在宅復帰ができるよう援助することを目的とします。 |
|-------|---|

| | |
|---------|--|
| 施設運営の方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・基本理念 「ひと、かがやく介護」 ・行動理念 <ol style="list-style-type: none"> 1. ご利用者の思いを大切に、やさしさと愛情を持って接します 2. 地域ニーズを理解し、地域に求められる福祉を提供します 3. 「知識・技術・思いやり」を身につけた職員の育成を行います 4. コスト意識を高め、持続可能な施設経営を行います |
|---------|--|

5. 施設の概要

介護老人保健施設「老人保健施設 倉敷シルバーナーシングホーム（ユニット型）」

| | | |
|----|-----------|--------------------|
| 敷地 | 8,959.00㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造7階建（耐火建築） |
| | 延床面積 | 3,402.74㎡ |
| | 利用定員 | 20人 |

（1）居室

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|-------|----|----------|----------|
| 個室 | 20 | 合計287.13 | 14.35㎡ |

（注）指定基準は、居室1人あたり「収納設備等を除き8.00㎡」

（2）主な設備

| 設備の種類 | 数 | 面積 | 1人あたりの面積 |
|----------|---------|----------|----------|
| 食堂・共同生活室 | 3室 | 合計80.48㎡ | 4.02㎡ |
| 個別浴室 | 1室 | 5.67㎡ | |
| トイレ | 5階 12箇所 | 合計37.88㎡ | |

（従来型と共用）

| | | | |
|-------------|----|--------|-------|
| 医務室 | 1室 | 26.60㎡ | |
| 機能訓練室 | 1室 | 53.70㎡ | 0.76㎡ |
| レクリエーションルーム | 1室 | 25.61㎡ | 0.36㎡ |
| 一般浴・リフト浴室 | 1室 | 41.49㎡ | |
| 機械浴室 | 1室 | 40.08㎡ | |

6. 職員の勤務体制

| 従業員の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|-------------|---------------------------------|------------------|
| 施設長 （医師） | 8:30～17:30 | 土日月 12/31～1/3 |
| 薬剤師 （委託） | 火: 8:30～12:30 木: 13:00～15:30 | |
| 部長 | 8:30～17:30 | 年間 105日 |
| 理学療法士 | 8:30～17:30 | 年間 105日 |
| 作業療法士 | 8:30～17:30 | 年間 105日 |

| | | |
|---------|--|----------|
| 看護師 | 7:30~16:30(日勤早出) 9:00~18:00(日勤遅出) 23:30~8:30(深夜勤) 9:00~13:00(パート) | 年間 105 日 |
| 事務員 | 8:30~17:30 | 年間 105 日 |
| 支援相談員 | 8:30~17:30 | 年間 105 日 |
| 介護支援専門員 | 8:30~17:30(支援相談員兼務) | 年間 105 日 |
| 介護員 | 7:30~16:30(日勤早出) 9:30~18:30(日勤遅出) 9:45~18:45(日勤遅出) 12:00~21:00(日勤遅出) 14:40~23:40(準夜勤) 23:30~8:30(深夜勤) | 年間 105 日 |
| 管理栄養士 | 8:30~17:30 | 年間 105 日 |

7. 施設サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

サービスの内容

| 種類 | 内容 |
|----------------------------|--|
| 食事 ただし、食材料費は別途ご負担いただきます | <ul style="list-style-type: none"> ご利用者様の栄養状態、健康状態に着目し、管理栄養士により栄養に関するケアマネジメントを実施し、ご利用者様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て食堂で食べていただけるように配慮します。 (食事時間) 朝食 8:00~9:00 昼食 12:00~13:00 夕食 18:00~19:00 |
| 排泄 | <ul style="list-style-type: none"> ご利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います |
| 入浴 | <ul style="list-style-type: none"> 入浴日 機械浴(火・金曜日)、一般浴・介助浴・リフト浴(月・水・木・土・日曜日) 入浴時間 14:30~16:30 お体が不自由で一般浴での対応ができない方には、機械浴(臥床式、リフト式)を用いての入浴を行います。 入浴されない方は適時清拭を行います。 個別浴室へ入浴希望の方については、介護スタッフと相談の上、上記の入浴時間外でも入浴が可能です。 |
| 離床、着替え 整容等 | <ul style="list-style-type: none"> 寝たきりの防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。 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。 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、寝具の入れ替えは年1回実施します。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> 理学療法士・作業療法士等のリハビリスタッフによりご利用者様のお体の状況に適合した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ご利用者様の病状に合わせた医療・看護を提供します。 医師による定期診察は適宜診察を行います。 |
| 相談及び援助 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設では、ご利用者様及びご家族様からの相談に適宜応じます。 (相談窓口) 部長:橋本 寛 次長:横山 和巳、支援相談員 筒井 裕久 |

| | |
|----------|--|
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りあるものにするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者様及びご家族様の状況によって代行いたします。 |
| 通院 | <ul style="list-style-type: none"> 当施設の医師による健康管理や療養指導は介護保険給付サービスに含まれていますが、他科受診の必要が生じた場合には他の医療機関への通院により対応します。 |

サービス利用料金

介護保険施設サービス費（1単位：10円）

倉敷市は地域区分において「その他」の区域となり、1単位あたり10円となります。

利用された施設サービスが介護保険の適用を受ける場合、介護サービス費用の「介護報酬告示上の額」に応じてご負担いただきます。

強化型

| 要介護度 | ユニット型介護保険施設サービス費() ユニット型個室 |
|------|--------------------------------|
| 要介護1 | 876単位/日 |
| 要介護2 | 952単位/日 |
| 要介護3 | 1,018単位/日 |
| 要介護4 | 1,077単位/日 |
| 要介護5 | 1,130単位/日 |

基本型

| 要介護度 | ユニット型介護保険施設サービス費() ユニット型個室 |
|------|--------------------------------|
| 要介護1 | 802単位/日 |
| 要介護2 | 848単位/日 |
| 要介護3 | 913単位/日 |
| 要介護4 | 968単位/日 |
| 要介護5 | 1,018単位/日 |

各種加算 サービス介護給付費単位/1日（1単位：10円）

これらの項目については、ご利用時の状況及び施設の職員体制に応じての単位に加えて算定いたします。

| | | |
|----------------------------|-----------|---|
| 初期加算 | ()60単位/日 | 急性期医療機関に入院後30日以内に退院し、入所日から30日間の期間。 |
| | ()30単位/日 | 入所日から30日間の期間。 |
| リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算 | ()53単位/月 | ()の要件に加え口腔衛生管理加算()及び栄養マネジメント強化加算を算定していること。リハビリ、口腔、栄養の情報を関係職種間で一体的に共有すること。 |

| | | |
|-------------------------------------|--------------|---|
| | () 33 単位/月 | リハビリテーション実施計画書の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて計画の内容を見直し適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する。 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | () 258 単位/日 | 入所の日から3ヶ月以内に集中的なりハビリテーションを実施した日に算定します。週3日以上実施します。入所時及び1月に1回以上ADL等の評価、評価結果等の情報を厚生労働省に提出し必要に応じて計画を見直していること。 |
| | () 200 単位/日 | 入所の日から3ヶ月以内に集中的なりハビリテーションを実施した日に算定します。週3日以上実施します。 |
| 若年性認知症入所者受入加算 | 120 単位/日 | 64歳以下で若年性認知症と認められた方を対象とします。 |
| 認知症短期集中リハビリテーション加算 | () 240 単位/日 | 入所の日から3ヶ月以内に医師に認知症と認められた方を対象に集中的なりハビリテーションを実施した日に算定します。週3日以上実施します。退所後に生活する居宅または施設等を訪問し生活環境を踏まえ計画を作成していること。 |
| | () 120 単位/日 | 入所の日から3ヶ月以内に医師に認知症と認められた方を対象に集中的なりハビリテーションを行います。週3日を限度とします。 |
| サービス提供体制強化加算 () () () の何れかを算定 | () 22 単位/日 | 介護福祉士を80%以上・勤続10年以上介護福祉士35%以上 いずれかを配置した場合 |
| | () 18 単位/日 | 介護福祉士を60%以上 |
| | () 6 単位/日 | 介護福祉士50%以上・常勤職員を75%以上・勤続7年以上30%以上 いずれかを配置した場合 |
| 認知症専門ケア加算 | () 3 単位/日 | 認知症日常生活自立度 以上の方が、入所者の1/2以上であり、認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症日常生活自立度 以上のご利用者が20人未満の場合は1名以上配置し、20人以上の場合は10又はその端数を増すごとに1名以上配置し、かつ技術的指導会議を定期的実施した場合 |
| | () 4 単位/日 | 認知症専門ケア加算 の要件を満たし、認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、介護・看護職員ごとの研修計画を作成・実施した場合 |
| 認知症チームケア推進加算 | () 150 単位/月 | 日常生活において注意の必要な認知症の方が入所者の1/2以上であり、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、認知症介護に対応するチームを組み、計画の作成・評価・見直し等を行っていること。かつ技術的指導会議を定期的実施した場合。 |
| | () 120 単位/月 | 日常生活において注意の必要な認知症の方が入所者の1/2以上であり、認知症介護に係る専門的な研修を修了した者を1名以上配置し、認知症介護に対応するチームを組み、計画の作成・評価・見直し等を行っていること。かつ技術的指導会議を定期的実施した場合。 |
| 夜勤職員配置加算 | 24 単位/日 | 夜勤時間帯(16:30~8:30)に手厚く(国の定める基準を上回る)職員を配置した場合。 上記時間帯にユニット型1名以上の職員を配置した場合。 |
| 緊急時治療管理 | 518 単位/日 | ご利用者の病状が重篤となり、救命・救急医療が行われた場合。 |
| 所定疾患施設療養費 | () 239 単位/日 | 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪について施設内で投薬、検査、注射、処置等を行った場合。 1カ月に1回、連続7日間を限度として算定。 |

| | | | |
|-----------------|--------------|---|--|
| | () 480 単位/日 | 診断、処置等の内容を診療録に記載し、前年度の実施状況を公表していること。医師が感染症対策に関する研修を受講していること。 | |
| ターミナルケア加算 | | 医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した方で、ご利用者またはそのご家族等に同意を得て、ターミナルケアにかかる計画が作成され、医師、看護師、介護員等の多職種協働にて随時説明し、ご利用者またはそのご家族等に同意を得てケアが行った場合。但し、施設またはご利用者の居宅において死亡した場合に限る。 | |
| | 72 単位/日 | 死亡日 4 5 日前～ 3 1 日前 | |
| | 160 単位/日 | 死亡日以前 4 日以上 3 0 日以下 | |
| | 910 単位/日 | 死亡日以前 2 日以上 3 日以下 | |
| | 1,900 単位/日 | 死亡日 | |
| 外泊時費用 | 362 単位/日 | 2泊3日以上の外泊を行った場合、施設療養費に代えて1ヵ月に7泊8日を上限として算定。 | |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | 51 単位/日 | 6月間において次の3つの要件を全て満たす場合に算定。 退所後、在宅にて介護を受けることとなったものが退所者総数の30%を超えていること 退所後、30日以内(要介護4・5は14日以内)に施設職員が自宅を訪問し、又は居宅介護支援事業者から情報提供を得ることで退所者の在宅での生活が1ヵ月以上(要介護4.5は14日以上)継続すること ベッド回転率が国の定める基準(5%以上)をクリアすること | |
| 入所前後訪問指導加算 | () 450 単位/日 | 入所期間が1月を超えると見込まれるご利用者の入所予定日の30日前から入所後7日以内にご自宅を訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針を作成した場合。 | |
| | () 480 単位/日 | 入所期間が1月を超えると見込まれるご利用者の入所予定日の30日前から入所後7日以内にご自宅を訪問し施設サービス計画の策定及び診療方針を作成した場合で、かつ、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画を策定した場合。 | |
| 退所時等指導加算 | 退所時情報提供加算 | () 500 単位/日 | 入所期間が1月を超えご利用者が居宅に退所する場合に退所後の主治医に対して情報提供を行った場合。 |
| | | () 250 単位/日 | 入所期間が1月を超えご利用者が医療機関に退所する場合に退所後の主治医に対して情報提供を行った場合。 |
| | 入退所前連携加算 | () 600 単位/日 | イ) 入所前後 30 日以内に退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し入所者の同意を得て退所後の居宅サービスの利用方針を定めること ロ) 入所期間が1月を超えご利用者の在宅を支援する居宅支援事業者に情報提供を行い、居宅サービス利用の調整をおこなった場合。 |
| | | () 400 単位/日 | 上記ロの要件を満たすこと。 |
| | 試行的退所時指導加算 | 400 単位/日 | 入所期間が1月を越えご利用者が退所する際に療養上の指導を行った場合。 |
| | 訪問看護指示加算 | 300 単位/日 | 施設主治医が訪問看護を行う事業所に訪問看護指示書を交付した場合。 |
| 科学的介護推進体制加算 | () 40 単位/月 | 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入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてサービスを見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。 | |

| | | |
|----------|-------------|---|
| | () 60 単位/月 | ()に加えて疾病、服薬の状況等の情報を厚生労働省に提出していること。必要に応じてサービスを見直すなど、サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している。 |
| 自立支援促進加算 | 300 単位/月 | 入所者の尊厳の保持及び自立支援に係るケアの質の向上を図るため、他職種共同による、入所者が自立支援の促進を要する要因の分析を踏まえた支援計画の作成、自立支援の促進、内容の評価、見直し、を行い継続的に入所者の尊厳を保持し、自立支援に係る質の管理を行った場合。 |
| 安全対策体制加算 | 20 単位/回 | 各施設基準に規定する事故発生の防止及び発生時の対応に係る基準に適合していること。安全対策担当者が安全対策に係る外部における研修を受けていること。安全管理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こと。 |

食事に関する加算

| | | |
|--------------|--------------|---|
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 単位/日 | 管理栄養士を定められた人数以上配置し、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養ケア計画に従い、食事の観察（ミールラウンド）を週3回以上行い、入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施すること。入所者ごとの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すること。 |
| 経口移行加算 | 28 単位/日 | 経管栄養から経口摂取への移行を進めるための栄養管理を行う場合 |
| 経口維持加算 | () 400 単位/月 | 経口摂取を維持していくための栄養管理等を行う場合 |
| | () 100 単位/月 | 経口摂取を維持していくための栄養管理等を行う場合 |
| 口腔衛生管理加算 | () 90 単位/月 | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、ご利用者に対し口腔ケアを2回/月以上行った場合 歯科衛生士がご利用者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合 |
| | () 110 単位/日 | 口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって、当該情報その他口腔衛生等の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用する（厚生労働省へのデータ提出とフィードバックの活用） |
| 療養食加算 | 6 単位/回 | 医師の処方箋に基づいて療養食（糖尿病食、腎臓病食など）を提供した場合 |
| 低栄養リスク改善加算 | 300 単位/月 | 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入所者ごとの栄養・食事調整等を行う |
| 再入所時栄養連携加算 | 200 単位/回 | 医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合について管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合 |

排泄に関する加算

| | | |
|---------|-------------|---|
| 排せつ支援加算 | () 10 単位/月 | 排泄に介護を要する利用者のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できると医師、または医師と連携した看護師が入所時に評価し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にか |
|---------|-------------|---|

| | | |
|--|-------------|---|
| | | かる各種ガイドライン等を参考として分析・支援を継続して実施していること。 |
| | () 15 単位/月 | ()を満たし、排尿または排便の状態が少なくとも一方が改善するとともにいずれも悪化がないこと又はおむつを使用していた方が使用しなくなったこと。 |
| | () 20 単位/月 | ()のいずれにも適合すること。 |

褥瘡予防に関する加算

| | | |
|------------|-------------|--|
| 褥瘡マネジメント加算 | () 3 単位/月 | 入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて施設入所時に評価するとともに、少なくとも3ヵ月に1回、評価を行う。褥瘡発生のリスクがある入所者に対して褥瘡ケア計画を作成、定期的に記録し褥瘡管理を行う(少なくとも3ヵ月に1回計画の見直しを行う) |
| | () 13 単位/月 | 褥瘡発生のリスクがあるとされた入所者について褥瘡の発生のないこと。 |

感染症対応に関する加算

| | | |
|----------------|-------------|---|
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | () 10 単位/月 | 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こと。 |
| | () 5 単位/月 | 医療機関から3年に1回以上の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こと。 |
| 新興感染症等施設療養費 | 240 単位/日 | 入所者が新興感染症に感染した場合に協力医療機関を確保し、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上で当該サービスを行った場合。1月に1回、連続する5日を限度とする。 |

介護職員等処遇改善加算

| | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 介護職員処遇改善加算 ()()()()の何れかを算定 | 介護職員の処遇改善に取り組む事業所に対して一定の要件をクリアすることで算定が可能 | |
| | () | 基本サービス費に当施設が算定する各種加算を加えた単位数合計に国の定める加算率(1)を乗じた単位数で算定。 1=老人保健施設は7.5% |
| | () | 基本サービス費に当施設が算定する各種加算を加えた単位数合計に国の定める加算率(1)を乗じた単位数で算定。 1=老人保健施設は7.2% |
| | () | 基本サービス費に当施設が算定する各種加算を加えた単位数合計に国の定める加算率(1)を乗じた単位数で算定。 1=老人保健施設は5.4% |
| | () | 基本サービス費に当施設が算定する各種加算を加えた単位数合計に国の定める加算率(1)を乗じた単位数で算定。 1=老人保健施設は4.4% |

利用された施設サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として介護サービス費用の1割をご負担いただきます。(単位数計算に端数が発生する場合は四捨五入となり、1割の自己負担金額は端数切り捨てになります。)

食費（食材料費＋調理代） 国の定める基準費用額：1,445円

| 介護保険負担限度額認定 | 利用者負担 | 利用料 |
|-------------|--------|--------|
| 第1段階 | 300円 | 1,445円 |
| 第2段階 | 390円 | |
| 第3段階 | 650円 | |
| 第3段階 | 1,360円 | |
| 第4段階 | 1,500円 | |

居住費（滞在費） 国の定める基準費用額：2,066円

| 介護保険負担限度額認定 | ユニット型個室 | 利用料 |
|-------------|---------|--------|
| 第1段階 | 880円 | 2,066円 |
| 第2段階 | 880円 | |
| 第3段階 | 1,370円 | |
| 第3段階 | | |
| 第4段階 | 2,066円 | |

「居住費」については、外泊時においても費用負担をしていただきます。

外泊の場合には「外泊日数×現にご負担いただいている居住費（外泊初日及び帰所日は除く）」をご負担いただきます。

（2）介護保険給付外サービス（法定外給付サービス）

| サービスの種別 | 内 容 | 自 己 負 担 額 |
|------------|--|---|
| 理 髪 | ・ご希望により、2ヶ月に1回程度、理容師による理容サービスをご利用いただけます。民間の理美容業者との直接的な契約になります。 | カット：1,500円 丸刈り：1,000円 （すそ・きわ剃り込み） 【別途料金】 顔剃り：500円 |
| 日常生活品の購入代行 | ・ご希望により、衣服、スリッパ、歯ブラシ等の必要と思われる日用品等の購入の代行をさせていただきます。当施設の金銭管理サービスをご利用いただいている方は、預り金から支払いを行います。金銭管理サービスをご利用いただいていない方は、やむを得ない場合を除き、予め購入代金を添えてお申し込み下さい。 （申込先：職・氏名 事務員：長尾 睦美） | 必要とする実費をご負担いただきます |

| | | |
|-----------------|---|--|
| 金 銭 管 理 | <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族様が金銭の管理を行うことを原則としますが、ご利用者様及びご家族様が希望する場合は、「預かり金銭等管理規程」に基づき、施設に金銭等の管理を委託することができます。 ・管理する形態：指定の金融機関の預金通帳に預入れたものを施設で管理します。 ・お預かりする物：上記通帳と通帳印（原則として1つ） ・保 管 場 所：通帳及び印鑑は金庫（大）にて保管します。 ・保管管理者：施設長が責任を持って管理します。 ・出 納 方 法：「預り金銭等管理規程」の通り。 | 無 料 |
| 日 用 品 費 | <ul style="list-style-type: none"> ・教養娯楽費（色紙、色鉛筆、絵の具、習字セット、クレヨン、色画用紙、糊、色紙、手工芸クラフト用品など） ・日常生活費（ティッシュペーパー類、シャンプー類、タオル類など） | 各100円/1日 （別紙参照） |
| お や つ 代 | ・ご利用者様の嗜好や希望に応じた物を提供させていただきます。ご希望の方はお申し出ください。（火、金） | 100円/1回 |
| ク ラ ブ 活 動 費 | ・クラブ活動（お花・陶芸など）にかかる材料代 | 実費相当額/1回 |
| 行 事 費 | ・季節に応じた外出や、ご利用者様のご希望に添った個別外出等を計画し、生活向上に役立てます。 | 実 費 |
| 予 防 接 種 | ・インフルエンザワクチン等、ご本人様及びご家族様が希望された場合に予防接種を行います。 | 65歳以上の方は倉敷市の定めた額。 その他の方は実費 |
| 歯 科 受 診 (往 診) | ・近隣歯科医院への通院介助をおこないますが、お体が不自由で通院が困難な場合には、往診を依頼します。 利用希望の方は当施設看護師にお申し出ください。 | 医療保険の適用により 所定の費用を別途自己 負担いただきます |
| 洗 濯 | ・洗濯はご家族様により週2回行うことを原則としますが、やむを得ずご家族様で洗濯ができない場合には、業者をご紹介いたしますのでお申し出ください。 | 【定額料金】（税別） 1ヵ月：6,120円 半月：3,060円 ドライクリーニングが 必要な場合は別途料金に |
| 特 別 な 室 料 | ・501、502、503、504、507、508、511、512、513、514号室をご利用の場合には室料がかかりますが、施設の都合で1人部屋をご利用いただいている場合には無料となります。 | 1,100円、1,300円 1,400円、1,500円 /1日 |
| 文 書 料 | ・診断書 | 3,000円/1通 |
| | ・医療費控除の証明書など | 1,000円/1通 |

| | | |
|--------|---|--------------------|
| テレビ使用料 | ・テレビをご利用される方はお申し出ください。 室料を頂いている方は無料です。(テレビは施設で準備します) | テレビ使用料: 100円/1日 |
|--------|---|--------------------|

(3) 施設サービス利用の減免措置

低所得の生活困難者に対して施設サービスの利用料減免を行っております。対象としては「生活保護法による被保護者」、「市町村民税の非課税世帯に属する(所得割非課税世帯を含む)」、「特別な事情があり、且つ先の事項に準ずる生活困難者と施設管理者が認めた時」。該当される方は施設へお申し出ください。

8. ご利用料金のお支払いについて

(1) 利用料金のお支払い方法は、以下の方法から選択することができます

1. 当施設が指定する金融機関に口座を開設し、自動引き落としができるようにする
2. 当施設が指定する金融機関に振込みをする(振込み手数料はご負担下さい)
3. 現金にて施設へ直接支払いをする

(2) 利用料金のお支払い時期

当月ご利用いただいた料金は、毎月末日締めとし、翌月15日に請求書を発送させていただきますので、請求書の届いた月の末日までにお支払いください

なお、1.の自動引き落としの場合は、請求書の届いた月の25日(当日が金融機関休業日の場合は翌営業日)を支払日とします

9. 苦情等申立先

| | |
|-----------|---|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 筒井 裕久(支援相談員) ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話(086)473-8810 |
| 苦情相談窓口 | 苦情解決責任者:橋本 寛(部長) 苦情解決担当者:横山 和巳(次長) 利用時間:8:30~17:30 利用方法:電話、面接 電話(086)473-8810 |
| 第三者委員 | 片山 由美(自宅):(086)473-7964 大石 繁夫(自宅):(086)473-6758 |
| 苦情解決の概要 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情は、面接、電話、書面などにより、苦情受付担当者が随時受け付けます。なお、第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。 ・ 苦情受付担当者は、受け付けた苦情の内容を、苦情解決責任者と第三者委員(申出者が第三者委員への報告を拒否した場合を除く)に報告します。第三者委員は苦情の内容を確認し、申出者に対して報告を受けた旨を通知します。 ・ 苦情解決責任者は、申出者と誠意をもって話し合い、苦情の解決に努 |

| | |
|--------|---|
| | めます。その際、申出者は第三者委員の助言や立会いを求めることができます。 ・ 苦情は、直接下記の機関に申し立てることもできます。 |
| 苦情申立機関 | 岡山県備中県民局 健康福祉課 (086)434-7054 倉敷市介護保険課 (086)426-3343 岡山県国民健康保険団体連合会 (086)223-8811 岡山県運営適正化委員会 (086)226-9400 |

10. 協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 倉敷市立市民病院 |
| 院長名 | 江田 良輔 |
| 所在地 | 岡山県倉敷市児島駅前2丁目39 |
| 電話番号 | (086)472-8111 |
| 診療科 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器科、皮膚科、形成外科 泌尿器科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科 |
| 入院設備 | ベッド数 198床 |
| 契約の概要 | 当施設と倉敷市立市民病院とは、通院、検査、処置、緊急時の入院の受け入れ等を行う契約を結んでいます |

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人 医誠会 児島中央病院 |
| 院長名 | 浦久保 直澄 |
| 所在地 | 岡山県倉敷市児島小川町3685 |
| 電話番号 | (086)472-1611 |
| 診療科 | 内科、外科、整形外科、脳神経外科、循環器科、皮膚科、形成外科 泌尿器科、麻酔科、耳鼻咽喉科、放射線科、リハビリテーション科 |
| 入院設備 | ベッド数231床 |
| 契約の概要 | 当施設と児島中央病院とは、通院、検査、処置、緊急時の入院の受け入れ等を行う契約を結んでいます |

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人社団五聖会 児島聖康病院 |
| 院長名 | 山崎 泰源 |
| 所在地 | 岡山県倉敷市児島下の町1-1-16 |
| 電話番号 | (086)472-7557 |
| 診療科 | 総合診療科、一般内科、外科、消化器外科、内視鏡外科、脳神経外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、皮膚科、循環器内科、リハビリテーション科 |
| 入院設備 | ベッド数80床 |
| 契約の概要 | 当施設と児島聖康病院とは、通院、検査、処置、緊急時の入院の受け入れ等を行う契約を結んでいます |

11. 協力歯科医療機関

| | |
|------|-----------------|
| 名称 | 医療法人社団 プライムケア岡山 |
| 理事長 | 藤井 良元 |
| 所在地 | 岡山県岡山市南区植松523-4 |
| 電話番号 | (086)485-2200 |

12. 非常災害時の対策

| | | | | | | |
|-------------|--|----|---|-----------|----|---|
| 非常時の対応 | 別途定める「倉敷シルバーセンター消防計画」に沿って対応を行います | | | | | |
| 近隣との協力関係 | 近隣自治会及び地元消防団等と、非常時の相互の応援を約束しています | | | | | |
| 平常時の訓練等防災設備 | 別途定める「社会福祉法人 鷲山会消防計画」にのっとり、年2回以上夜間および昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します | | | | | |
| | 設備名称 | 有 | 無 | 設備名称 | 有 | 無 |
| | スプリンクラー | あり | | 防火扉・シャッター | あり | |
| | 避難階段 | あり | | 補助散水栓 | あり | |
| | 自動火災報知機 | あり | | 非常通報装置 | あり | |
| | 誘導等 | あり | | 漏電火災報知機 | あり | |
| | ガス漏れ警報機 | あり | | 非常用電源 | あり | |
| | カーテン、布団等は防煙性能のあるものを使用しています | | | | | |
| 消防計画等 | 消防署への届出日：平成28年4月1日 防火管理者：倉敷シルバーセンター 相談課長 吉田 真浩 | | | | | |

13. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|---------------|---|
| 来訪・面会 | <ul style="list-style-type: none"> 原則、ご面会時間は午前9:00～午後7:00までとします。防犯の都合上、正面玄関を施錠している場合は、併設のシルバーセンター宿直員へお申し出ください。 ご面会の方は、面会時間を遵守し、必ずその都度職員にお申し出ください。 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度「ご面会カード」にご記入下さい。 感染症流行期には、面会制限を実施させていただく場合があります。 |
| 外出 | <ul style="list-style-type: none"> 外出の際には、所定の用紙にて必ず行き先と帰所時間を届け出てください。 外泊につきましては、1ヶ月に7泊8日までとさせていただきます。食事準備の都合上できるだけ早めにお申し出ください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | <ul style="list-style-type: none"> 施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反した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 | <ul style="list-style-type: none"> 喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします。 たばこは防災上また、誤って食べることがあり大変危険ですので施設管理とさせていただきます。面会時、来訪時にお持ちの際は職員までお申し出ください。 |
| 飲酒 | <ul style="list-style-type: none"> 酒類の持ち込み、飲酒は一切できません。 |
| 食品 | <ul style="list-style-type: none"> 生もの等の持ち込みは原則禁止となっております。持ち込まれる際は職員まで必ずご相談ください。 |
| 迷惑行為等 | <ul style="list-style-type: none"> 騒音等、他のご利用者様の迷惑になる行為はご遠慮願います。 むやみに自分の居室以外の部屋等に立ち入らないようにして下さい。 |
| 所持品、現金等貴重品の管理 | <ul style="list-style-type: none"> 衣類等、身の回り品の管理はご家族様と相談、協力し居室担当者が行います。 貴重品や現金の紛失の責は負えませんので、原則ご家族様の管理といたします。やむを得ない事情でご家族様の管理が困難な場合にはお申し出ください。 |
| 宗教活動・政治活動 | <ul style="list-style-type: none"> 施設内で他のご利用者様、職員に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。 |
| 動物飼育 | <ul style="list-style-type: none"> 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |
| 入院 | <ul style="list-style-type: none"> 主治医により入院加療が必要と判断され、病院の受け入れ態勢が整った場合には退所となります。 |

14. 事故発生時の対応

(1) 迅速な事故処理を行います。

- (2) 利用者の家族、市町村等に連絡を取ります。
- (3) 損害賠償の責めを負う必要があるときは速やかに応じます。
- (4) 事故に関する処置の経過を記録するとともに再発防止策を講じます。

15 . 身体拘束その他の行動制限

当施設では、原則的に身体拘束その他の行動の制限をいたしません。ただし、ご利用者様の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の行動制限を行う場合には、行動の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明しその同意を得ることとします。

16 . 個人情報の保護

個人情報の保護については、当法人が定める「個人情報に関する基本方針」及び「個人情報に関する基本規程」に基づき、これを適正に管理・保護いたします。

| | | | | |
|----|----|----|-----|-----------|
| 附則 | 令和 | 2年 | 4月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 3年 | 4月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 3年 | 8月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 4年 | 4月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 4年 | 5月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 4年 | 10月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 5年 | 3月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 5年 | 6月 | 9日より適用する。 |
| | 令和 | 5年 | 8月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 5年 | 10月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 6年 | 4月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 6年 | 6月 | 1日より適用する。 |
| | 令和 | 6年 | 8月 | 1日より適用する。 |

令和 年 月 日

(事業者)

介護保健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。

所在地：岡山県倉敷市児島柳田町355-1

名称：老人保健施設 倉敷シルバーナーシングホーム

説明者職名： 支援相談員

説明者氏名： 筒井 裕久 印

電話番号：(086)473-8810

(利用者)

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、介護保健施設サービスの提供開始に同意しました。

住所：

氏名： 印

電話番号：

代筆者氏名： (続き柄)