

# 重要事項説明書 (Ver. 53)

令和 8 年 8 月 1 日改定

## (介護福祉施設サービス)

あなたに対する施設サービス提供にあたり、厚生省令第 39 号第 4 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 鷺山会        |
| 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

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 施設の種別    | 介護老人福祉施設             |
| 施設の名称    | 特別養護老人ホーム 倉敷シルバーセンター |
| 施設の所在地   | 岡山県倉敷市児島柳田町 355-1    |
| 事業者番号    | 倉敷市 3370201141 号     |
| 管理者      | 藤田 こずえ               |
| 電話番号     | (086) 473-1010       |
| ファクシミリ番号 | (086) 473-1073       |

### 3. ご利用施設であわせて実施する事業

| 事業の種類       |              | 倉敷市長の事業者指定       |              | 利用定員          |
|-------------|--------------|------------------|--------------|---------------|
|             |              | 指定年月日            | 介護保険事業者番号    |               |
| 居 宅<br>サービス | 短期入所生活介護     | 平成 12 年 4 月 1 日  | 3370201141 号 | 13 人(併設型・空床型) |
|             | 介護予防短期入所生活介護 | 平成 18 年 4 月 1 日  | 〃            | 〃             |
|             | 通 所 介 護      | 平成 12 年 4 月 1 日  | 3370201059 号 | 35 人          |
|             | 介護予防通所介護     | 平成 18 年 4 月 1 日  | 〃            | 〃             |
|             | 居 宅 介 護 支 援  | 平成 11 年 10 月 1 日 | 3370200283 号 |               |
|             | 介護予防支援       | 平成 18 年 4 月 1 日  | 3300200155 号 |               |

### 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、居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事などの介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び健康保持の為の適切な措置を行うことにより、能力に応じ自立した日常生活を確保することを目的とします                                                                                                                                       |
| 施設運営の方針 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本理念 「ひと、かがやく介護」</li> <li>・行動理念 <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>4. コスト意識を高め、持続可能な施設経営を行います</li> </ol> </li> </ul> |

## 5. 施設の概要

介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 倉敷シルバーセンター

|     |         |                    |
|-----|---------|--------------------|
| 敷 地 |         | 8,959.00㎡          |
| 建 物 | 構 造     | 鉄筋コンクリート造3階建（耐火建築） |
|     | 延 床 面 積 | 3,170.51㎡          |
|     | 利 用 定 員 | 入所100人、短期入所13人     |

### （1）居 室

| 居 室 の 種 類      | 室 数  | 面 積     | 1 人 あ た り の 面 積 |
|----------------|------|---------|-----------------|
| 1 人 部 屋（従来型個室） | （5）室 | 89.19㎡  | 17.83㎡          |
| 2 人 部 屋（多床室）   | 10 室 | 180.28㎡ | 9.01㎡           |
| 4 人 部 屋（多床室）   | 22 室 | 756.52㎡ | 8.59㎡           |

（注）指定基準は、居室1人あたり「収納設備等を除き4.95㎡」

（注）上記（ ）内は、認知症専用分

### （2）主な設備

| 設 備 の 種 類 | 数        | 面 積                 | 1 人 あ た り の 面 積 |
|-----------|----------|---------------------|-----------------|
| 食 堂       | 2 室      | 223.57㎡             | 1.97㎡           |
| 機 能 訓 練 室 | 1 室      | 51.09㎡              | 0.45㎡           |
| 浴 室       | 2 室      | ストレッチャー式、チェアイン式、普通浴 |                 |
| 医 務 室     | 1 室      | 23.15㎡              |                 |
| デ イ ルーム   | 4 箇所     | 合計227.57㎡           |                 |
| ト イ レ     | 2 階 9 箇所 |                     |                 |
|           | 3 階 4 箇所 |                     |                 |

## 6. 職員体制

施設に次の職員を配置します。その員数は、指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並ぶに運営に関する基準（岡山県 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等を定める条例）に定める従業者の員数を下回らないものとします。

| 従業員の種類        | 事業者指定基準   | 保 有 資 格                    |
|---------------|-----------|----------------------------|
| 施 設 長         | 1         | 社会福祉士、介護支援専門員              |
| 事 務 員         | —         |                            |
| 生 活 相 談 員     | 2         | 社会福祉士、社会福祉士補、介護福祉士、介護支援専門員 |
| 看 護 職 員       | 看護3以上、かつ  | 看護師、准看護師                   |
| 介 護 職 員       | 看護・介護38以上 | 介護福祉士、実務者研修                |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | （1）       | 看護師、准看護師                   |
| 栄 養 士         | 1 以上      | 管理栄養士                      |
| 介 護 支 援 専 門 員 | 2 以上      | 介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士        |
| 医 師           | —         | 診療科：内科                     |
| そ の 他         |           |                            |

## 7. 職員の勤務体制

| 従 業 員 の 職 種   | 勤 務 体 制                                                                                                                                                                  | 休 暇        |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 施 設 長         | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 事 務 員         | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 生 活 相 談 員     | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 看 護 職 員       | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)<br>7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0 (早勤)                                                                                                                     | 年間 1 0 8 日 |
| 機 能 訓 練 指 導 員 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 介 護 職 員       | 6 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0 (A 勤)<br>8 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 (B 勤) 左記時間内のうち休憩 1 時間を含む指定された 9 時間勤務<br>1 5 : 0 0 ~ 0 : 0 0 (C 勤)<br>0 : 0 0 ~ 9 : 0 0 (e 勤)<br>その他パート職員は適時指定された時間を勤務する | 年間 1 0 8 日 |
| 管 理 栄 養 士     | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 介 護 支 援 専 門 員 | 8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (日勤)                                                                                                                                                 | 年間 1 0 8 日 |
| 医 師           | 毎週火曜日 1 3 : 3 0 ~ 1 5 : 3 0 (荻野 Dr)<br>毎週金曜日 1 4 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 (西原 Dr)                                                                                               |            |

## 8. 施設サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス

#### ① サービスの内容

| 種 類                                                   | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事<br>※1<br>※栄養管理以外の食費<br>自己負担額について<br>は、別途ご負担いただきます | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご利用者の栄養状態、健康状態に着目し、管理栄養士または栄養士により栄養に関するケアマネジメントを実施、または栄養士による献立により、ご利用者の身体状況に応じた適切な食事を提供します</li> <li>・ 食事はできるだけ離床して、食堂やユニットのリビングなどの共有スペースで食べていただけるように配慮します</li> <li>・ 可能な限り安全に経口摂取が継続できるよう、各職種連携の下で配慮します<br/>(食事時間) 朝食 7 : 3 0 ~ 8 : 4 5<br/>昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 1 5<br/>夕食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 1 5</li> </ul> |
| 排 泄                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ご利用者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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 入 浴                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入浴日・入浴時間 生活ユニットごとに、週 2 回以上入浴していただきます</li> <li>・ 寝たきり等で歩行や立位、座位のとれない方は、入浴用介護機器を用いての入浴も可能です</li> <li>・ 入浴されない方、及び入浴できなかった方は、適時全身清拭を行います。</li> </ul>                                                                                                                                                            |
| 離 床、着 替 え<br>整 容 等                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> </ul>                                                                                                                                             |
| 機 能 訓 練<br>※1                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能訓練指導員によるご利用者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</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |

|          |                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康管理     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 嘱託医師により、週 1 回診察日を設け、健康管理に努めます。</li> <li>・ 緊急等必要な場合には、主治医もしくは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます</li> </ul> （当施設の嘱託医師）氏名：荻野泰洋、西原孝雄<br>往診日（荻野医師）毎週火曜日 13:30～15:30<br>（西原医師）毎週金曜日 14:00～16:00 |
| 相談及び援助   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 当施設は、ご利用者及びご家族からの各種相談に応じ、必要な援助を行います（相談窓口）生活相談員</li> </ul>                                                                                                                   |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者及びご家族の状況によって代行いたします</li> </ul>                                             |
| 洗濯       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設にて洗濯を行います。特別な衣類についてはクリーニング等（自己負担）をご利用ください</li> </ul>                                                                                                                      |

- ：※ 1 の加算項目については、施設人員配置の変更により、サービスの一部を実施する、もしくはサービスの実施を休止することがあります。

## ② サービス利用料金

### i. 介護福祉施設サービス費（1 単位＝10 円）

※ 介護福祉施設サービスが介護保険の適用を受ける場合、「介護保険負担割合証」に記載されている割合をご負担いただきます。

| 要介護度             |       | サービス費・単位／日 | サービス費・単位／月（31 日） |
|------------------|-------|------------|------------------|
| 多床室<br>従来型<br>個室 | 要介護 1 | 589 単位／日   | 18259 単位／月       |
|                  | 要介護 2 | 659 単位／日   | 20429 単位／月       |
|                  | 要介護 3 | 732 単位／日   | 22692 単位／月       |
|                  | 要介護 4 | 802 単位／日   | 24862 単位／月       |
|                  | 要介護 5 | 871 単位／日   | 27001 単位／月       |

### ii. その他の加算項目 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、i 又は ii の単位に加えて算定いたします。

|             |                |                                                                              |
|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 初期加算        | 30 単位／日        | 入所日から 30 日以内の期間。30 日を超える入院後の再入所も含む                                           |
| 安全対策体制加算    | 20 単位<br>（入所時） | 施設内に安全対策委員会を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されている                                      |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 12 単位／日        | 専任の機能訓練指導員を配置し、個別に機能訓練計画を作成・実施を行う場合                                          |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20 単位／月        | 「個別機能訓練加算（Ⅰ）」の要件に加え、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、機能訓練の実施に当たり、それらの必要な情報を活用していること |

|             |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個別機能訓練加算(Ⅲ) | 20単位/月   | 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。<br>(1)個別機能訓練加算(Ⅱ)を算定していること。<br>(2)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こと。<br>(3)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の必要な情報、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こと。<br>(4)(3)で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こと。 |
| 外泊時費用       | 246単位/日  | 2泊3日以上入院・外泊をした場合に施設サービス費に代えて1ヶ月に6日を限度として算定。ただし月をまたがる場合は、最大で連続12日分まで算定する                                                                                                                                                                                                                 |
| 退所前訪問相談援助加算 | 460単位/回  | 施設退所の前に、在宅を訪問して療養上の指導を行う場合                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 退所後訪問相談援助加算 | 460単位/回  | 施設退所の後に、在宅を訪問して療養上の指導を行う場合                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 退所時相談援助加算   | 400単位/回  | 施設を退所して在宅に帰る時に、在宅生活に必要な援助を行う場合                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 退所前連携加算     | 500単位/回  | 施設退所に先立って、退所後のサービス利用の調整・連携を行う場合                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 在宅復帰支援機能加算  | 10単位/日   | 退所後の居宅サービスの利用調整について、家族や事業者と連絡調整を行った場合                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 在宅・入所相互利用加算 | 40単位/日   | 同一の居室を複数のご利用者によって在宅と交互に利用するよう計画した場合                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 看取り介護加算(Ⅰ)  | 72単位/日   | ご利用者・ご家族の同意の下、多職種連携で施設での看取りを行った場合(死亡日以前の31～45日)                                                                                                                                                                                                                                         |
|             | 144単位/日  | ご利用者・ご家族の同意の下、多職種連携で施設での看取りを行った場合(死亡日以前の4～30日)                                                                                                                                                                                                                                          |
|             | 680単位/日  | 〃(死亡日の前日・前々日)                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|             | 1280単位/日 | 〃(死亡日)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 看取り介護(Ⅱ)    | 72単位/日   | ご利用者・ご家族の同意の下、多職種連携で施設での看取りを行った場合(死亡日以前の31～45日)                                                                                                                                                                                                                                         |
|             | 144単位/日  | ご利用者・ご家族の同意の下、医療提供体制を整備し、多職種連携で施設での看取りを行った場合(死亡日以前の4～30日)                                                                                                                                                                                                                               |
|             | 780単位/日  | 〃(死亡日の前日・前々日)                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|             | 1580単位/日 | 〃(死亡日)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 日常生活継続支援加算  | 36単位/日   | 新規入所者の総数の内、要介護4～5の割合が70%以上、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が65%以上、利用者の総数の内、経管栄養や口腔内の痰の吸引等が必要なお利用者が15%以上の場合にいずれかの要件を満たすこと。及び、ご利用者の数が6又はその端数を増すごとに介護福祉士を1以上配置している場合                                                                                                                                       |
| 夜勤職員配置加算(Ⅰ) | 13単位/日   | 夜勤を行う介護・看護職員の数が最低基準を1人以上上回っている場合                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 夜勤職員配置加算(Ⅲ) | 16単位/日   | 夜勤を行う介護・看護職員の数が最低基準を1人以上上回り、夜勤時間帯を通じて看護職員又は認定特定行為業務従事者等の職員を1名以上配置した場合                                                                                                                                                                                                                   |

|                |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 看護体制加算（Ⅰ）      | 4 単位／日                     | 常勤の看護師を 1 名以上配置している場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 看護体制加算（Ⅱ）      | 8 単位／日                     | ご利用者数が 25 又はその端数を増すごとに看護職員を 1 名以上配置、かつ最低基準を 1 人以上上回って看護職員を配置しており、24 時間の連絡体制を確保している場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 配置医師緊急時対応加算    | 650 単位／早朝・夜間<br>1300 単位／深夜 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅰ） | 40 単位／月                    | 入所者ごとの A/DL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等、心身の状況に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、サービス提供に当たって、必要な情報を有効に活用していること                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 科学的介護推進体制加算（Ⅱ） | 50 単位／月                    | （Ⅰ）の要件に加えて疾病の状況や服薬等の情報を厚生労働省に提出していること                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 10 単位／月                    | <p>(1) 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において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること。</p> <p>(一) 業務の効率化及び質の向上又は職員の負担軽減に資する機器（以下『介護機器』という。）を活用する場合における利用者の安全及びケアの質の確保</p> <p>(二) 職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮</p> <p>(三) 介護機器の定期的な点検</p> <p>(四) 業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修</p> <p>(2) 介護機器を活用していること</p> <p>(3) 事業年度ごとに(2)及び(1)の取組による業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること</p> |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 100 単位／月                   | （Ⅱ）の要件に加え、見守り機器、インカム等、介護記録ソフト等のすべての介護機器を導入していること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 協力医療機関連携加算     | 100 単位／月                   | <p>次に掲げる基準に適合すること。</p> <p>(1) 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第 28 条第 1 号から第 3 号までに規定する要件を満たしている協力医療機関を定めていること</p> <p>(2) 入所者または入居者（以下「入所者等」という。）の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的に開催すること</p>                                                                                                                                                                                                                    |

### iii. 食事に関する介護サービス費（1 単位＝10 円）

|              | サービス費単位／日 |                                                                                                            |
|--------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 単位／日   | 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種共同で作成した計画書に従い、食事の観察を週に 3 回以上行い、個々の食事調整を行う場合。加えて、栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理に必要な情報を活用していること |
| 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等を行う場合                                                                            |
| 経口維持加算（Ⅰ）    | 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（Ⅰ）                                                                                |
| 経口維持加算（Ⅱ）    | 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（Ⅱ）                                                                                |
| 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 ※1 日 3 食を限度とし、1 食を 1 回単位として評価                                           |

|             |         |                                                                                                            |
|-------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ) | 90単位/月  | 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、介護職員に対し技術的助言及び指導等を行うこと                                                |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ) | 110単位/月 | (Ⅰ)の要件に加え、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り必要な情報を活用していること                                     |
| 再入所時栄養連携加算  | 200単位/人 | 医療機関に入院し、施設入所時と大きく異なる栄養管理が必要となった場合に管理栄養士が医療機関での栄養指導に同席し、再入所後の栄養管理について医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、再入所した場合 |

※ 高額介護サービス費の制度

介護保険サービスの1割負担の合計額について、所得に応じて上限額が設定され、それを超えた金額については保険給付（市町村への払い戻し手続きが必要）があります。

|                                          |            |
|------------------------------------------|------------|
| 生活保護受給者、市町村民税非課税世帯の老齢年金受給者など(個人)         | 15,000円/月  |
| 市町村民税非課税の方(世帯)                           | 24,600円/月  |
| 市町村民税課税世帯で下記以外の方(世帯)                     | 44,400円/月  |
| 市町村民税課税世帯で課税所得380万円以上690万円以下の65歳以上の方(世帯) | 93,000円/月  |
| 市町村民税課税世帯で課税所得690万円以上の65歳以上の方がいる世帯の方     | 140,100円/月 |

iv. 介護職員の処遇改善に関する加算（1単位＝10円）

|                                          |                                                                            |                                                                         |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 介護職員処遇改善加算<br>Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱイ・Ⅱロ・Ⅲ・Ⅳの<br>何れかを算定 | 介護職員処遇改善の目的として創設。厚生労働省が定める生産性向上や職場環境の改善、キャリアパスの一定要件をクリアすることで算定が可能          |                                                                         |
|                                          | Ⅰイ                                                                         | 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<br>※1=老人福祉施設は16.3% |
|                                          | Ⅰロ                                                                         | 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<br>※1=老人福祉施設は17.6% |
|                                          | Ⅱイ                                                                         | 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(※2)を乗じた単位数で算定<br>※2=老人福祉施設は15.9% |
|                                          | Ⅱロ                                                                         | 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<br>※1=老人福祉施設は17.2% |
|                                          | Ⅲ                                                                          | 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(※3)を乗じた単位数で算定<br>※3=老人福祉施設は13.6% |
|                                          | Ⅳ                                                                          | 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<br>※1=老人福祉施設は11.3% |
|                                          | 【介護職員処遇改善加算の単位数の計算方法】<br>(基本単位＋各種加算の合計)×17.6%=介護職員処遇改善加算単位数(1単位未満の端数は四捨五入) |                                                                         |

v. 食費（食材料費＋調理コスト）

|         |           |                 |
|---------|-----------|-----------------|
| 食費自己負担額 | 1, 545円／日 | 47, 895円／月（31日） |
|---------|-----------|-----------------|

vi. 居住費（光熱水費＋室料）

|             |           |                 |
|-------------|-----------|-----------------|
| 多床室（2人部屋以上） | 915円／日    | 28, 365円／月（31日） |
| 従来型個室       | 1, 231円／日 | 38, 161円／月（31日） |

※ 「従来型個室」を利用された場合で、次のいずれかに該当する場合は、「多床室」の利用として算定します。

- ① 感染症等により従来型個室への入所に必要であると判断した方であって、従来型個室への入所期間が30日未満である場合。
- ② 著しい精神症状等により、同室の他のご利用者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、従来型個室への入所が必要であると医師が判断した場合。

※ vi. の「居住費」については、入院または外泊時においても、介護保険における「入院又は外泊時の費用」の算定が行われる期間は、現にご負担いただいている居住費をご負担いただきます。更に「入院又は外泊時の費用」の算定が終了した後は、「入院・外泊中の居室費」として、入院、外泊の場合には「入院日数、外泊日数×現にご負担いただいている居住費（入院日、外泊初日及び退院・再入所日、帰所日を除く。ただし入院日より3ヵ月または契約終了時を限度とする。また利用者負担段階第1段階の方は除く）」をご負担いただきます。

※ v. 及びvi. については、利用者負担が第1～3段階に該当する方に対する「補足給付（特定入所者介護サービス費）」があります。適用を受ける方は、市町村に申請し「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、施設へご提示ください。

|            | 居 住 費  |           | 食 費       |
|------------|--------|-----------|-----------|
|            | 多 床 室  | 従 来 型 個 室 |           |
| 利用者負担第1段階  | 0円／日   | 380円／日    | 300円／日    |
| 利用者負担第2段階  | 430円／日 | 480円／日    | 390円／日    |
| 利用者負担第3段階① | 430円／日 | 880円／日    | 680円／日    |
| 利用者負担第3段階② | 530円／日 | 980円／日    | 1, 420円／日 |

※ 上記以外にも、所得や収入、世帯状況によって、利用者負担額を軽減する制度があります。詳しくは、市町村窓口、または施設までお問い合わせ下さい。

（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     | ・ 毎月1回（第2水曜日）、ビーサポ<br>の出張サービスをご利用いただけます  | カット：1, 500円<br>丸刈り：1, 000円<br>（すそ・きわ剃り込み）<br>【別途料金】<br>顔剃り： 500円<br>ベッドサイド： 500円<br>※自己負担額＋消費税 |
|         | ・ 毎月1回（第4月曜日）、荒茅理髪店<br>の出張サービスをご利用いただけます | カット：1, 500円<br>丸刈り：1, 000円<br>（すそ・きわ剃り込み）                                                      |

|            |                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                           |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |                                                                                                                                                                                                                                           | <b>【別途料金】</b><br>顔剃り： 500円<br>ベッドサイド： 500円<br>※自己負担額 税込                                   |
| 日常生活品の購入代行 | ・ご希望により、衣服等の必要と思われる日用品等の購入の代行いたします<br>購入代金につきましては購入月のご利用料金と併せて請求いたします<br>(申込先：事務員)                                                                                                                                                        | 必要とする実費をご負担いただきます                                                                         |
| 金 銭 管 理    | ・ご利用者及びご家族が希望する場合は、「預り金銭等管理規程」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<br>・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<br>・お預りする物：上記通帳と通帳印（原則として1つ）<br>・保管場所：通帳及び印鑑は事務所金庫にて保管します。<br>・保管管理者：施設長が責任を持って管理します<br>・出納方法：「預り金銭等管理規程」の通り                             | 無 料                                                                                       |
| 予 防 接 種    | ・インフルエンザワクチン等、ご利用者及びご家族が希望された場合に予防接種を行います                                                                                                                                                                                                 | 医療機関が定めた費用                                                                                |
| 特 別 な 食 費  | ・ご利用者の特別な希望に基づく居住環境を提供する場合、及びご利用者の特別な希望に基づくメニュー、食材を必要とする場合                                                                                                                                                                                | 実 費 相 当 額                                                                                 |
| 入 院 ・ 通 院  | ・当施設の嘱託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、投薬や検査を含むこれ以外の医療につきましては医療機関への入院・通院により対応します<br>・ご利用者が入院中、ご利用いただいている居室について、やむを得ず短期入所生活介護サービス利用希望者がその居室を使用する必要がある場合には、一時的にこれを使用させていただく場合があります。なお、その際には、現にご利用いただいているご利用者の所有品については、これを適正に管理させていただきます | ・医療保険の適用により所定の費用を別途ご負担いただきます<br>・居室を短期入所生活介護サービス利用に供した場合は、8-(1)-②-viiで定めた居住費のご負担はいただきません。 |
| 文 書 料      | ・医療費控除の証明書など                                                                                                                                                                                                                              | 1,000円/1通                                                                                 |
| そ の 他      | ・ご利用者及びご家族等が希望される、上記各項目以外のサービスを利用する場合は、実費相当額をご負担頂きます                                                                                                                                                                                      |                                                                                           |

## 9. 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日までに請求書を送付させていただきます

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) 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

### (3) 「利用料等支払い証明書」

医療費控除の手続き等で「利用料等支払い証明書」が必要となる方は、その旨施設までお申し出下さい。なお、領収証の再発行はいかなる場合も行いませんのでご了承下さい。

### (4) 利用料金の滞納について

利用料金を滞納された場合で、なおかつ施設の請求にも応じていただけない場合は、利用契約書第10条に従い、利用契約の解除を行う場合があります

## 10. 苦情等申立先

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 相談主任：西山繁洋<br>ご利用時間 9：00～17：30<br>ご利用方法 電話（086）473-1010、面接                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 苦情受付窓口    | 苦情解決責任者：施設管理者 藤田こずえ<br>苦情受付担当者：相談主任：西山繁洋<br>利用時間：9：00～17：30<br>利用方法：電話（086）473-1010、面接                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 第三者委員     | 井口 博文（自宅）：（084）972-5347<br>大石 繁夫（自宅）：（086）473-6758                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 苦情解決の概要   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 苦情は、直接下記の機関に申し立てることもできます</li> </ul> |
| 苦情申立機関    | 倉敷市介護保険課 （086）426-3343<br>岡山県国民健康保険団体連合会 （086）223-8811<br>岡山県運営適正化委員会 （086）226-9400<br>※営業日や時間等はHPをご確認下さい。                                                                                                                                                                                                                                           |

## 11. 協力医療機関

|         |                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人 おぎの内科                                               |
| 院長名     | 荻野 泰洋                                                    |
| 所在地     | 倉敷市藤戸町天城742-4                                            |
| 電話番号    | （086）428-7677                                            |
| 診療科     | 内科                                                       |
| 入院設備    | なし                                                       |
| 契約の概要   | 当施設と嘱託医契約を結んでおり、往診、検査、処置、日常の医療管理、その他必要な医療の提供を行う協定を結んでいます |

|         |                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人仁 西原医院                                               |
| 院長名     | 西原 孝雄                                                    |
| 所在地     | 倉敷市児島下の町１－１１－１４                                          |
| 電話番号    | (０８６) ４７２－３５０５                                           |
| 診療科     | 内科、小児科                                                   |
| 入院設備    | なし                                                       |
| 契約の概要   | 当施設と嘱託医契約を結んでおり、往診、検査、処置、日常の医療管理、その他必要な医療の提供を行う協定を結んでいます |

|         |                                                                                                                        |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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     | 倉敷市児島駅前２－３９                                                                                                            |
| 電話番号    | (０８６) ４７２－８１１１                                                                                                         |
| 診療科     | 内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、緩和ケア内科、神経内科、リウマチ科、小児科、アレルギー科、外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、精神科 |
| 入院設備    | 病床数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を行う協定を結んでいます                                                                        |

|         |                                                 |
|---------|-------------------------------------------------|
| 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     | 倉敷市児島下の町１－１－１６                                  |
| 電話番号    | (０８６) ４７２－７５５７                                  |
| 診療科     | 内科、消化器科、循環器内科、外科、整形外科、脳神経外科、リハビリテーション科、皮膚科、泌尿器科 |
| 入院設備    | 病床数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を行う協定を結んでいます   |

|         |                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------|
| 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     | 倉敷市児島小川町３６８５                                            |
| 電話番号    | (０８６) ４７２－１６１１                                          |
| 診療科     | 内科、呼吸器内科、外科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、循環器内科、放射線科、胃腸内科、整形外科、リハビリテーション科 |
| 入院設備    | 病床数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を行う協定を結んでいます           |

## １２．協力歯科医療機関

|      |                           |
|------|---------------------------|
| 名称   | 医療法人社団プライムケア岡山 プライムケアデンタル |
| 理事長名 | 藤井 良元                     |
| 所在地  | 岡山市南区植松５２３－４              |

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 電 話 番 号 | ( 0 8 6 ) 4 8 5 - 2 2 0 0 |
|---------|---------------------------|

### 1 3 . 非常災害時の対策

|                 |                                                                |        |           |        |
|-----------------|----------------------------------------------------------------|--------|-----------|--------|
| 非 常 時 の 対 応     | 別途定める「社会福祉法人 鷺山会 消防計画」に沿って対応を行います                              |        |           |        |
| 近 隣 と の 協 力 関 係 | 桜ヶ丘ハイツ町内会と近隣防災協定を締結し、非常時の相互の応援を約束しています                         |        |           |        |
| 平常時の訓練等防災設備     | 別途定める「社会福祉法人 鷺山会 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 |        |           |        |
|                 | 設 備 名 称                                                        | 個 数 等  | 設 備 名 称   | 個 所 等  |
|                 | スプリンクラー                                                        | あり     | 防火扉・シャッター | 1 2 箇所 |
|                 | 避難階段                                                           | 3 箇所   | 屋内消火栓     | あり     |
|                 | 自動火災報知機                                                        | あり     | 非常通報装置    | あり     |
|                 | 誘導等                                                            | 2 0 箇所 | 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、布団等は防災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：令和7年4月1日<br>防 火 管 理 者：次長：横山和巳                         |        |           |        |

### 1 4 . 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"> <li>・ 原則として、ご面会時間は午前9：00～午後5：00までとします</li> <li>・ 時間外にご面会をご希望の場合はご相談をお願いします</li> <li>・ 施設内への危険物の持ち込み、及び飲酒してのご面会はお断りします</li> <li>・ 他のご利用者や面会者の迷惑となる行為、及び施設の業務に支障きたす行為があった場合は、施設への来訪・ご面会をお断りすることがあります</li> </ul> |
| 外 出         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> </ul>                                                                                                                  |
| 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ございます                                                                                                                                                                           |
| 喫 煙         | ・ 喫煙は決められた場所以外ではお断りいたします                                                                                                                                                                                                                         |
| 飲 酒         | ・ 原則として酒類の持ち込みは出来ませんが、飲酒を希望の方は、施設内での生活に支障のない範囲で、担当相談員がご相談に応じます（費用は自己負担）                                                                                                                                                                          |
| 迷 惑 行 為 等   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 騒音等、他のご利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います</li> <li>・ むやみに他のご利用者の居室等に立ち入らないようにして下さい</li> <li>・ 他のご利用者や職員に対してハラスメント行為に該当すると判断される行為が見られた場合は指針にもとづき、厳正に対処させていただきます</li> </ul>                                              |
| 所 持 品 の 管 理 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 衣類等、身の回り品の管理は居室担当者が行います</li> <li>・ 貴重品の紛失の責は負えませんので、ご家族での管理をお願いします</li> </ul>                                                                                                                           |
| 現 金 等 の 管 理 | ・ 紛失等の責は負えませんので、ご家族で管理いただくか必要な方はお申し出いただければ事務所に管理させていただきます                                                                                                                                                                                        |
| 宗教活動・政治活動   | ・ 施設内で他のご利用者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     | ・ 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         | ・ 当施設利用中の健康管理において、嘱託医師または診察等を行った医療機関の医師より入院加療が必要と判断された場合には、入院加療をしていただきます。その際には、ご利用者及びご家族と連絡を密にし、治療の状況の把握、3ヶ月以内の退院時の入所受け入れ、3ヶ月を超える退院後の生活援助のた                                                                                                      |

|         |                                                                                                                                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|         | めの適切な専門機関の紹介、及び再入所希望の場合の援助等、ご希望に添えるよう配慮いたします                                                                                                                                                        |
| 看取りについて | ・当施設で別途定める「看取りに関する指針」に従い、終末期を迎えたご利用者に対して、ご本人またはご家族の希望に沿って、終末期の介護・看護サービスを提供します。ただし、この場合の条件として、事前にご本人またはご家族の同意をいただくこと、ご本人の状況・必要とする医療の内容・施設の受け入れ体制が整うこと、等を確認する必要がある、これらの条件が整わない時には、サービスの提供ができないことがあります |

## 15. 緊急時の対応

サービス提供時に入所者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに配置医師や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

## 16. 事故発生時の対応

事故発生防止の為に指針を整備し、改善策を従業者に周知徹底する体制を整備します。事故発生防止の為に委員会及び従業者に対する研修を実施します。

- (1) 迅速な事故処理を行います
- (2) ご利用者の家族、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

## 17. 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

## 18. 虐待防止のための措置

虐待防止担当者：西山 繁洋（相談主任）

事業所はご利用者の人権擁護、虐待等の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- (1) 研修の実施を通じて、職員の人権意識の向上や、虐待防止の知識の向上に努めます
- (2) 事業所は、当該事業所及び居宅サービス事業所の職員又は養護者により虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報いたします

## 19. 成年後見制度の活用支援

事業所は適正な契約手続き等を行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介など、成年後見制度を活用できるように支援を行います

## 20. その他

当施設の事業運営の内容に関しては、当該年度の事業計画・事業報告、財務内容等を閲覧することができます。ご希望の方は、事務所までお申し出下さい。

年 月 日

(事業者)

介護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。

所 在 地：倉敷市児島柳田町 3 5 5 ー 1

名 称：介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム 倉敷シルバーセンター

説明者職名：

説明者氏名：

電 話 番 号：( 0 8 6 ) 4 7 3 ー 1 0 1 0

(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、介護福祉施設サービスの提供開始に同意しました。

住 所：

氏 名：

電 話 番 号：

代筆者氏名： ( 続 き 柄 )