重要事項説明書

（施設介護サービス）

利用者に対する施設サービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

１．事業者

事業者の名称	医療法人　誠和会
法人所在地	岡山県倉敷市中島８３１
法人種別	医療法人
代表者氏名	理事長　　小出　尚志
電話番号	（０８６）４６５－００１１

２．利用施設

施設の名称	介護老人保健施設　福寿荘
施設の所在地	岡山県倉敷市中島８３１
施設長名	櫻井　恵
電話番号	（０８６）４６６－０１１９
ＦＡＸ番号	（０８６）４６５－２５３７
介護保険指定番号	介護老人保健施設　（３３５０２８００２４号）

３．利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		岡山県知事の事業者指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	介護老人保健施設	H12 年 4 月 1 日	岡山県 3350280024 号	150 人
居宅	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護	H12 年 4 月 1 日 H18 年 4 月 1 日	岡山県 3350280024 号	

４．事業の目的と運営の方針

事業の目的	この事業は、要介護利用者に対し、適正な介護老人保健施設サービスを提供することを目的とします。
施設運営の方針	１．当施設にあっては、利用者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、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護その他必要な医療並びに日常生活上のケアを行い、居宅における生活への復帰を目指します。 ２．従業者は利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護老人保健施設サービスの提供に努めます。

施設運営の方針	３．従業者は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者その他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とともに、関係市区町村とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

５．施設の概要

（１）敷地及び建物

敷地		２５８６．６９㎡
建物	構造	鉄筋コンクリート造７階建（耐火建築）
	述べ床面積	５５６２．７９㎡
	利用定員	１５０名（短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護サービスを含む）

（２）居室

居室の種類	室数	面積	１人あたりの面積
１人部屋	１４室（４）	200.85 ㎡	14.34 ㎡
２人部屋	２０室（５）	379.62 ㎡	9.49 ㎡
４人部屋	２４室（７）	840.63 ㎡	8.75 ㎡

（注）指定基準は、居室１人当たり８㎡。（ ）は認知症専門棟の室数を再掲。

（３）主な設備

設備の種類	数	面積	１人あたりの面積
食　　堂	４室	302.71 ㎡	2.01 ㎡
機能訓練室	１室	157.62 ㎡	1.05 ㎡
一般浴室	１室	71.66 ㎡	
機械浴室	特殊浴槽３台	35.85 ㎡	
診　察　室	１室		
談　話　室	４箇所		

（注）食堂の指定基準は、１人あたり　１㎡

食堂について認知症専門棟ではデイルームと呼ぶ。

６．職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	保有資格等
管理者（施設長）	１名	医師
医師	１．４名以上　（常勤１名含む）	医師（内科、リハ科、皮膚科）
薬剤師	０．５名以上	薬剤師
看護職員	１２．８名以上（常勤専従）	看護師、准看護師
介護職員	３２．１名以上（常勤専従）	介護福祉士等
支援相談員	１．３名以上　（常勤１名を含む）	社会福祉士
リハビリ職員	１．３名以上	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等
栄養士	１名以上（常勤職員１名を含む）	管理栄養士
介護支援専門員	２名以上（常勤専従１名を含む）	介護支援専門員
事務員等	適当数	

（注）上記員数は、常勤あるいは常勤換算法による人員配置基準数である。

７．職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 （土曜日AMのみ）	
支援相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：10）常勤で勤務 （土曜日AMのみ）	４週８休
介護職員	早番Ⅰ　（ 6：30～15：10 ）（ 6：30～15：00 ） 早番Ⅱ　（ 7：30～16：10 ）（ 7：30～16：00 ） 日勤　（ 8：30～17：10 ）（ 8：30～17：00 ） 遅番Ⅰ　（ 11：00～19：30 ）（ 10：50～19：30 ） 遅番Ⅱ　（ 11：20～20：00 ）（ 11：30～20：00 ） 遅番Ⅲ　（ 11：50～20：30 ）（ 12：00～20：30 ） 夜勤　（ 16：30～翌９：00 ） 半勤　（ 8：30～12：20 ）（ 13：10～17：00 ）	原則として ４週８休
看護職員	早番　（ 6：30～15：10）（ 6：30～15：00 ） 日勤　（ 8：30～17：10 ）（ 8：30～17：00 ） 遅番　（ 10：20～19：00 ）（10：30～19：00　） 準夜　（ 16：00～00：15 ） 夜勤　（ 16：30～翌９：00 ） 半勤　（ 8：30～12：20 ）（ 13：10～17：00 ）	４週８休
リハビリ職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：10）で勤務 （土曜日、祝日 AM のみ）	４週８休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（8：30～17：10）常勤で勤務 （土曜日AMのみ）	４週８休

医師	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）で勤務 （土曜日AMのみ）	4週8休
栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：10）（10：20～19：00）常勤で勤務	4週8休
薬剤師	正規の勤務時間帯（8：30～17：10）常勤で勤務、 内、午前8：30～12：20、午後14：00～15：00、午後15：00～16：00を組み合わせて福寿荘勤務に充てる	4週8休

８．施設サービスの概要

（1）介護保険給付サービス

種類	内容
食事	・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て食堂で食べて頂ける様に配慮します。 （食事時間）　朝食　7：10～ 7：40 昼食　12：00～12：30 夕食　18：00～18：30
排泄	・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。
入浴	・年間を通じて週2回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。
離床、着替え 整容等	・寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 ・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をします。 ・シーツ交換は、週1回、寝具の消毒は年1回実施します。
機能訓練	・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による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。 ・当施設のリハビリ器具　歩行器 車椅子 平行棒　等
健康管理	・施設医師による、定期的な診察を実施し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。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。

	（当施設医師） 氏　名：櫻井　恵　　診療科：内科 氏　名：小出　尚志　　診療科：内科 氏　名：市川　弘幸　　診療科：内科 氏　名：仁科　晃　　診療科：内科 氏　名：伊勢　眞樹　　診療科：リハビリテーション科 氏　名：澤田　文久　　診療科：皮膚科
相談及び援助	・当施設は、利用者及びその身元引受人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努めます。（相談窓口）支援相談員
社会生活上の便宜	・当施設では、必要な教養娯楽設備を整えると共に、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・主な余暇活動 クラブ活動、荘内デイクラブ ・主なレクリエーション行事 年間施設行事計画のとおり。 ・行政機関に対する手続きが必要な場合には、利用者及び身元引受人の状況によっては可能な限り代行する。

（２）介護保険給付外サービス

サービスの種別	内容
理髪・美容	理美容店の出張による理髪サービスを利用いただけます。
日常生活品の購入代行	利用者及び身元引受人が自ら購入が困難である場合は、支援相談員までご相談下さい。
死後の処置	お亡くなりになった後の処置。

９．利用料

（１）法定給付（表記の価格は１０割です。介護保険の負担割合に応じて介護報酬の１割、２割又は３割をご負担いただきます。）

区分	利用料
法定代理受領の場合 施設サービス費	介護報酬の公示上の額（１日につき）

	【多床室】	【従来型個室】
要介護１	8,710 円	7,880 円
要介護２	9,470 円	8,630 円
要介護３	10,140 円	9,280 円
要介護４	10,720 円	9,850 円
要介護５	11,250 円	10,400 円

法定代理受領の場合 （入所期間中の各種加算）	介護報酬の告示上の額（1日につき）	
・身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の100分の10に相当する単位数 50円／日	・規定する措置を講じていない場合
・安全管理体制未実施減算	140円／日	・規定する基準を満たさない事実が生じた場合
・栄養管理に係る減算	所定単位数の100分の1に相当する単位数	・規定する基準を満たさない事実が生じた場合
・高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の100分の3に相当する単位数	・規定する基準を満たさない場合
・業務継続計画未策定減算	510円／日	・規定する基準を満たさない場合
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（Ⅱ）	600円／日	・在宅復帰・在宅療養支援等指標と評価項目の基準を満たした場合。
・初期加算（Ⅰ）	300円／日	・急性期の医療機関の一般病棟に入院後30日以内に退院し老健に入所した日から起算して30日間
・初期加算（Ⅱ）	220円／日	・入所日から起算して30日間。（入所前3月以内に当施設を利用したことがない場合）
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	180円／日	・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 80%以上であること、または勤続年数10年以上の介護福祉士を占める割合が 35%以上であることのいずれかに適合する場合
・サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	60円／日	・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合60%以上であること

・サービス提供体制 強化加算（Ⅲ）	240 円／日	・介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が 50%以上であること、または看護介護職員の総数のうち常勤職員の占める割合が 75%以上であること、または、入所者に介護サービスを直接提供する職員の総数のうち勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上であることのいずれかに適合する場合
・夜勤職員配置加算	3,000 円／月	・夜勤職員の配置が基準を上回っている 場合
・自立支援促進加算 ・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	400 円／月	・医師が定期的にすべての入所者に対する医学的評価、日々の過ごし方等についてアセスメントを実施するとともに 特に自立支援が必要な者に多職種共同で支援計画を作成し、ケアを実施し、支援計画を見直していること また医学的評価の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用していること
	600 円／月	・入所者のＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他入所者の心身の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している。
・科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	200 円／回	・科学的介護推進体制加算（Ⅰ）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、フィードバックを活用している。
・安全対策体制加算	100 円／月	・担当者が安全対策に係る外部研修を受講しており、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

		を整備している。（入所初日に限る）
・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	50 円／月	・第二種協定指定医療機関との間で平時から感染対策の実施や、感染症発生時に感染者の対応を行う連携体制を確保している場合
・高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	2,400 円／日	・感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から少なくとも 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
・新興感染症等施設療養費	1,000 円／日	・新興感染症のパンデミック発生時等に おいて、相談、診療、入院調整等ができる医療機関を確保したうえで、感染した高齢者の療養を施設内で行った場合（1 月に 1 回、連続する 5 日を限度）
・生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100 円／日	・利用者の安全並びに介護サービスの確 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設置、見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること等
・生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	530 円／月	・利用者の安全並びに介護サービスの確 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設置、見守り機器等のテクノロジーを１つ以上導入していること等
・リハビリテーション マネジメント計画書 情報加算（Ⅰ）	330 円／月 2,580 円／日	・リハビリテーション実施計画書の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用し、栄養マネジメント強化加算と口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定していること

・リハビリテーション マネジメント計画書 情報加算（Ⅱ）		・リハビリテーション実施計画書の内容を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用していること
・短期集中 リハビリテーション 実施加算（Ⅰ）	2,000 円／日 2,400 円／日	・入所日から起算して３月以内の期間集 中してリハビリテーションを行い、入所時及び１月に１回以上ＡＤＬ等の評価を行い、評価の結果等の情報を厚生労働省に提出、必要に応じてリハビリテーション計画の見直しをしている場合
・短期集中 リハビリテーション 実施加算（Ⅱ）		・入所日から起算して３月以内の期間集 中してリハビリテーションを行なった場合
・認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算（Ⅰ）	1,200 円／日 1,400 円／回	・認知症の利用者に対して入所予定日前３０日以内又は入所後７日以内に入所者の退所後に生活することが想定される居宅等を訪問により把握した生活環境を踏まえてリハビリテーション計画を作成した場合 （入所日から起算して３月以内）
・認知症短期集中 リハビリテーション 実施加算（Ⅱ）		・認知症の利用者に対して在宅介護復帰に向けた短期集中的な個別リハビリテーションを実施した場合 （入所日から起算して３月以内）
・かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅰ）イ	700 円／回	・入所前に６種類以上の内服薬が処方されている入所者について、医師、または薬剤師が薬物療法に関する研修を受講しており、処方内容が変更する可能性があることを入所後 1 か月以内に主治医に説明し合意を得ている。入所中に服用薬剤の総合評価を行い

・かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	2,400 円／回	変更がある場合は退所時、または 1 か月以内に主治医に情報提供を行っていること。
・かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅱ）	1,000 円／回	・入所前に 6 種類以上の内服薬が処方されている入所者について、医師、または薬剤師が薬物療法に関する研修を受講しており、介護老人保健施設において処方の内容を評価及び調整し、療養上必要な指導を行った場合。
・かかりつけ医連携 薬剤調整加算（Ⅲ）	5,180 円／日 2,390 円／日	・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロを算定しており、服薬情報などを厚生労働省に提出し、処方にあたりフィードバックを活用していること。
・緊急時施設療養費	4,800 円／日	・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）を算定しており、入所時に比べて内服薬の種類が継続して 1 種類以上減薬した場合。
・所定疾患施設療養費（Ⅰ）	3,620 円／日	・利用者の病状が重篤になり救命救急医療が行われた場合。
・所定疾患施設療養費（Ⅱ）	8,000 円／日	・肺炎、尿路感染、帯状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の憎悪を発症した利用者に、投薬、検査、注射、処置等を行った場合。（7 日を限度とする）
・外泊時費用	900 円／月	・感染症の研修を受けた医師が上記の内容を行った場合。 （10 日を限度とする）
・外泊時費用（在宅サービスを利用する場合）		・2 泊 3 日以上の外泊を行った場合、施設療養費に代えて算定する。
・口腔衛生管理加算（Ⅰ）	1,100 円／月	・入所者に対して居宅における外泊を認め、当荘が在宅サービスを計画し、指定居宅サービス事業者等と連携し

		た場合
・口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 円／日 2,000 円／回	・歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の助言、指導に基づき口腔衛生等の管理に係る計画を作成し、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生等の管理を月２回以上行っている場合。
・栄養マネジメント強化加算	280 円／日	・口腔衛生等に係る計画書等の情報を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用していること。 ・入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施し、厚生労働省へのデータ提出、フィードバックの活用を行った場合。
・再入所時栄養連携加算	4,000 円／月	・入所者が医療機関に入院後、再入所する際に、特別食等を必要とする場合、管理栄養士が連携し、栄養ケア計画書を作成した場合。
・経口移行加算	1,000 円／月	・経管栄養により食事を摂取する利用者の、経口摂取を進めるために、医師の指示を受けた管理栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護職員が支援を行った場合。 （180 日以内に限る）
・経口維持加算（Ⅰ）	60 円／回	・経口により食事を摂取している利用者　　で、著しい摂食機能障害があり、誤嚥が認められる利用者を対象に、医師の指示に基づき多職種共同にて栄養計画を作成し管理を行う。栄養ケア・マネジメントを未実施の場合は算定しない。
・経口維持加算（Ⅱ）	30 円／日	・協力歯科医療機関を定めており、経口維持加算（Ⅰ）を算定している場合に、

・療養食加算	40 円／日	入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事観察及び会議に医師、歯科医師、歯科衛生士及び言語聴覚士のいずれか 1 名が加わった場合。
・認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1,500 円／月	・医師の指示せんに基づく療養食を提供した場合。（１日につき３回を限度）
・認知症専門ケア加算（Ⅱ）		・入所者の総数のうち、日常生活に支障を来す恐れのある症状もしくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が２分の１以上であること等
・認知症チームケア推進加算(Ⅰ)	1,200 円／月	・認知症介護の指導に係る専門的な研修修了職員を適応数配置し、施設全体の認知症ケアの指導を行い専門的な認知ケアを行った場合。
・認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	760 円／日	・対象者に対し、個別に認知症の行動・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で、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等を１名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成るチームを組んでいること
・認知症ケア加算	1,200 円／日	・対象者に対し、個別に認知症の行動・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で、認知症介護の専門的な研修を修了している者等を１名以上配置し、かつ複数人の介護職員から成るチームを組んでいること
・若年性認知症入所者受入加算	720 円／日 1,600 円／日 9,100 円／日	・認知症に対応した処遇が必要と医師が判断した場合。
・ターミナルケア加算	19,000 円／日	・若年性認知症利用者が入所した場合

・認知症行動、心理症状緊急対応加算	2,000 円／日 30 円／月	・医師が医学的知見に基づき回復の見込みがなく利用者または身元引受人の同意を得て施設サービス計画を作成した場合。 ・死亡日以前 31～45 日 ・死亡日以前 4～30 日 ・死亡日前日及び前々日 ・死亡日 ※一部負担金を前の月に遡り請求する場合があります。
・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	130 円／月	・医師が認知症の行動心理症状の為、在宅での生活が困難であり、緊急に入所する必要があると判断した方の入所を受けた場合。
・褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	100 円／月	・褥瘡発生リスクについて、施設入所時に評価し、3 か月に 1 回程度評価を行い、評価結果等を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用している場合。 褥瘡発生リスクがある入所者に、多職種共同で褥瘡ケア計画を作成し、3 か月に 1 回見直しをしていること。
・排せつ支援加算（Ⅰ）	150 円／月	・褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の要件に加えて褥瘡の発生リスクがある入所者に褥瘡の発生がない場合。 ・排泄介助軽減の見込みについて医師と看護師が施設入所時に評価し、3 か月に 1 回程度評価を行い、評価結果等を厚生労働省に提出し、フィードバックを活用。排泄介助の軽減が見込まれる者に対して多職種共同で支援計画を作成し支援を継続して実施し、3 か月に 1 回程度入所者ごとに支援計画の見直しをしている場合。
・排せつ支援加算（Ⅱ）	200 円／月	・排泄介助の軽減が見込まれる入所者

・排せつ支援加算（Ⅲ）	4,500 円／回	について入所時と比較して排尿・排便状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がない、又はおむつの使用ありから使用なしに、もしくは尿道カテーテルの評価が改善している場合。
・入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	4,800 円／回	・排泄介助の軽減が見込まれる入所者について入所時と比較して排尿・排便状態の少なくとも一方が改善し、いずれにも悪化がない、かつおむつの使用ありから使用なしに改善している場合。
・入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	サービス費×0.075	・入所期間が 1 ヶ月を超えると見込まれる入所予定者の居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合。
・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）		・退所を目的とした施設サービス計画の策定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定め退所後の支援計画を策定した場合。 ・介護職員の処遇改善に充て、必要な労働力確保の為の加算。
・試行的退所時指導加算	4,000 円／回	・入所期間が 1 か月を超える入所者が試行的に退所する場合において、入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合。
・退所時情報提供加算（Ⅰ）	5,000 円／回	・利用者の退所後の居宅等の主治医に対して心身の状況、生活歴等の情報提供を行った場合。
・退所時情報提供加算（Ⅱ）	2,500 円／回	・利用者の退所後の入院先の医療機関に対して、心身の状況、生活歴等の情報提供を行った場合
・退所時栄養情報連携加算	700 円／回	・特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所

		者が居宅等に退所または医療機関に入院する場合、退所先に対し栄養管理に関する情報を提供した場合
・入退所前連携加算（Ⅰ）	6,000 円／回	・入所予定日前後 30 日以内に、退所後に利用予定の居宅介護支援事業者と連携し、居宅サービス等の利用方針を決め、退所時に居宅介護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行った場合。
・入退所前連携加算（Ⅱ）	4,000 円／回	・利用者の在宅生活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行った場合。
・訪問看護指示加算	3,000 円／回	・施設主治医が訪問看護を行う事業所に訪問看護の依頼をした場合。
・協力医療機関連携加算（Ⅰ）	500 円／月	・高齢者施設と協力医療機関の届けを提出した医療機関との間で、入所者の病歴等の情報共有や急変時における対応確認などを行う会議を定期的に開催した場合
・協力医療機関連携加算（Ⅱ）	50 円／月	・入所者の病歴等の情報共有や急変時における対応確認などを行う会議を定期的に開催した場合
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額（施設介護サービスの基準額に同じ）	

（２）法定外給付

区分	利用料
食費 （１日あたり）	1,700 円 ※ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が１日にお支払いいただく食費の上限となります。 1,445 円

		食事
負担限度額	第１段階	300 円
	第２段階	390 円

<table>
<tr><td></td><td><table><tr><td></td><td>第３段階①</td><td>650 円</td></tr><tr><td></td><td>第３段階②</td><td>1,360 円</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>居住費
（１日あたり）</td><td>【多床室】　437 円　　【従来型個室】　1,728 円
※ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場は、認定証に記載されている居住費の負担限度額１日にお支払いいただく居住費の上限となります。
<table><tr><td></td><td></td><td>【多床室】</td><td>【従来型個室】</td></tr><tr><td rowspan="4">負担限度額</td><td>第１段階</td><td>0 円</td><td>550 円</td></tr><tr><td>第２段階</td><td>430 円</td><td>550 円</td></tr><tr><td>第３段階①</td><td>430 円</td><td>1,370 円</td></tr><tr><td>第３段階②</td><td>430 円</td><td>1,370 円</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>理美容サービス</td><td>カット：1,800 円～
その他、顔そり・毛染め・パーマなどもできます。</td></tr>
<tr><td>日常生活品の
購入代行サービス</td><td>購入依頼のあった物品を購入するのに要した金額の実費。</td></tr>
<tr><td>死後の処置料</td><td>死後の処置、材料費として 11,000 円。（税込）</td></tr>
</table>

（３）利用者の選定により提供するもの

<table>
<tr><th>区分</th><th>利用料</th></tr>
<tr><td>特別な食事</td><td>要した費用の実費。</td></tr>
<tr><td rowspan="8">特別な居室</td><td>特別室Ａ</td></tr>
<tr><td>401 号室（21.30 ㎡）
402 号室（22.20 ㎡）　1 日あたり　1,650 円（税込）</td></tr>
<tr><td>設備：バス・トイレ・ＴＶ・電話・冷蔵庫・ロッカー・洗面台</td></tr>
<tr><td>特別室Ｂ</td></tr>
<tr><td>403・405 号室（15.00 ㎡）　1 日あたり　1,650 円（税込）</td></tr>
<tr><td>設備：バス・トイレ・ＴＶ・電話・冷蔵庫・ロッカー・洗面台</td></tr>
<tr><td>個室</td></tr>
<tr><td>203・205・215・303・305・421・503・505・513・515 号室　1 日あたり　1,650 円（税込）</td></tr>
<tr><td>・ＴＶ・冷蔵庫・ロッカー・洗面台（215 号室電話設置可）</td></tr>
<tr><td>2 人部屋</td></tr>
</table>

	201・202・210・211・212・301・302・310・311・312・413・設備 415・416・423・501・502・511・512・517 号室	1 日あたり	1,100 円（税込）
	設備：ＴＶ・冷蔵庫・ロッカー・洗面台		
日用品費	おしぼり代	：1 日あたり	30 円
	歯ブラシ	：1 日あたり	30 円
嗜好品	おやつ代	：1 日あたり	100 円
	① 飲み物代	：1 日あたり	30 円
趣味・教養娯楽クラブ費	② 行事での飲食代	：1 回あたり	実費相当額
	③ クラブ活動費		
	手芸	：1 回あたり	350 円
	絵手紙	：1 回あたり	200 円
	書道	：1 回あたり	150 円
	陶芸	：1 回あたり	400 円
	料理	：1 回あたり	300 円
	美容	：1 回あたり	100 円
	映画	：1 回あたり	100 円
	④ 荘内デイクラブ		
	作品づくり	：1 回あたり	100 円
	お茶会	：1 回あたり	250 円
	料理	：1 回あたり	300 円
	美容	：1 回あたり	100 円
	園芸	：1 回あたり	100 円
	電気代	：1 日あたり	1 品 60 円（税込）
	電気代（充電して使用する製品）	：1 日あたり	1 品 30 円（税込）

10. 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．口座振替（当月利用料を次月２７日に引き落とし）

2．現金にて施設へ直接支払いをする。

3．当施設が指定する金融機関に振り込みをする（※振り込み手数料はご負担下さい）

（2）利用料金のお支払い期間

利用料金の請求明細書は、当月利用分を次月 10 日に事務所にて発行いたします。

また、月途中の退所の場合、退所後に請求明細書を発行いたしますので、双方合意した内容でお支払い下さい。

11. 苦情等申立先

利用相談室	窓口担当者　本田　武 利用時間　平日：8：30～17：10　土曜日：8：30～12：20

	利用方法　電話　（０８６）４６６－０１１９ 介護老人保健施設　福寿荘
倉敷市役所 介護保険課	所在地　　倉敷市西中新田 640 電話番号　（０８６）４２６－３３４３
国民健康保険 団体連合会	電話番号　（０８６）２２３－８８１１

12. 協力医療機関

医療機関の名称	倉敷紀念病院
院　長　名	岡崎　守宏
所　在　地	岡山県倉敷市中島 831
電　話　番　号	（０８６）４６５－００１１
診　療　科	内科、外科、耳鼻咽喉科、眼科、脳神経内科、整形外科、泌尿器科、皮膚科
入　院　設　備	１４８床
救急指定の有無	有
契 約 の 概 要	当施設と倉敷紀念病院は、利用者に病状の急変があった場合、当施設主治医の指示、紹介により倉敷紀念病院において必要とする検査・投薬・治療を行い、病状の安定に努める。

13. 協力歯科医療機関

名　　称	桑鶴歯科医院
院　長　名	桑鶴　義人
所　在　地	岡山県倉敷市中島 827-1
電　話　番　号	（０８６）４６５－４６３０

名　　称	岡山大塚歯科医院
院　長　名	小倉　直
所　在　地	岡山県都窪郡早島町前潟１５３－２
電　話　番　号	（０８６）４８０－００７７

14. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める医療法人誠和会　消防計画に従い対応を行います。			
平常時の訓練等防災設備	別途定める医療法人誠和会　消防計画に従い年２回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	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	17 箇所
	避難階段	3 箇所	室内消火栓	2 箇所
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり

	誘導灯	20 箇所	漏電火災報知機	あり
			非常用電源	あり
	カーテン毛布等は防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画	消防署への届出日：令和２年１０月２日 防火管理者　　：森本　健太			

15. 当施設利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会時間を遵守し、必ずその都度面会カードに記入してください。原則的には来訪者が宿泊することはできません。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず行き先と帰宅時間を届出用紙に記入し、職員に申し出てください。
他科受診等	利用者本人の自覚症状及び身元引受人の希望をかんがみ、施設医師の判断により紹介状等を添付し、受診を行う。 入所後、施設医師の判断により、処方の見直しをさせていただくことがあります。
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従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償して頂くことがございます。
喫煙・飲酒	敷地内は禁煙です。また、原則的に飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないようにして下さい。
ハラスメント行為の禁止	利用者及び職員に対して、暴力や乱暴な言動及びセクシャルハラスメント行為を禁止します。
所持品の管理	利用者本人による所持品の管理が困難な場合、身元引受人にて管理してください。
金等の管理	利用者本人による金銭の管理が困難な場合、身元引受人にて管理してください。尚、入所中の所持金は 3,000 円以内にして下さい。
宗教・政治活動	施設内での宗教活動およ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および飼育はお断りします。

16. 事故発生時の対応

１．事故対応マニュアルに沿って、迅速な事故処理を行います。

２．利用者の身元引受人に連絡します。また事故内容により市、県等に報告します。

３．損害賠償の責任を負う必要があるときは速やかに対応します。

４．事故の状況及び事故に際してとった処置について記録を残し、再発防止策を講じます。

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）から上記の重要事項の説明を受けたことを確認し同意します。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身元引受人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿