

社会福祉法人 湖聖会

重要事項説明書

介護老人福祉施設

令和7年9月1日 改定

特別養護老人ホーム 月のあかり

介護老人福祉施設重要事項説明書

< 令和 7年 9月 1日 現在 >

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|---|
| 事業者名称 | 社会福祉法人 湖聖会 |
| 主たる事業所の所在地 | 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1 |
| 代表者名 | 理事長 湖山泰成 |
| 設立年月日 | 平成10年12月15日 |
| 電話番号 | 0544-67-0655 |
| FAX番号 | 0544-67-0656 |
| ホームページ | http://www.s-koseikai.jp/ |

2 事業所（ご利用施設）の概要

| | | | |
|-------------|-----------------|------------|---|
| 施設の名称 | 特別養護老人ホーム 月のあかり | | |
| 施設の所在地 | 静岡県富士市大渕847番地4 | | |
| 事業所指定番号 | 2272302684 | | |
| 管理者の氏名 | 西尾希実 | | |
| 電話番号 | 0545-35-4567 | | |
| FAX番号 | 0545-35-3111 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 無 | 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | | 評価結果の開示状況 | 無 |

3 ご利用施設で合わせて実施する事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | | 利用定員 |
|----------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| 短期入所生活介護 | 平成27年10月01日 | 2272302684 | 20名 |
| 通所介護 | 平成29年 7月01日 | 2272302825 | 35名 |

4 事業の目的と運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者一人ひとりの意思および人格を尊重し、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、入居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利用者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援する。 |
|-------|--|

| | |
|-------|--|
| 運営の方針 | <p>① 施設は入居者に対し、健全な環境の下で、社会福祉事業に関する熱意と能力を有する従業者による適切な処遇が行われるように努める。</p> <p>② 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、在宅における生活への復帰を念頭において、入居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に配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことを支援するように努める。</p> <p>③ 施設は、入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ち指定介護福祉施設サービスの提供に努める。</p> <p>④ 施設は、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、市町村等保険者、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保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する事業者等との密接な連携に努める。</p> <p>⑤ 施設は、入居者の人権の擁護、虐待の防止等のための、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する。</p> |
|-------|--|

5 施設の概要

＜構造など＞

| | | |
|---|-------|--------------------------|
| 敷 | 地 | 9, 754. 31m ² |
| 建 | 構 | 造 |
| 物 | 延べ床面積 | 鉄骨造り 2階建て |
| 利 | 用 | 定員 |
| | | 6,574.52m ² |
| | | 130名 |

＜居室＞

| 居室の種類 | 室数 | 面積 | 1人あたり面積 |
|-------|-----|--------------------------|----------------------------|
| 一人部屋 | 130 | 1, 701. 68m ² | 13.00~13.53 m ² |

心身の状況により、居室の変更をお願いする場合があります。

また、入院により一時的に空室状態になった場合、介護保険法に基づく対応として、短期入所生活介護（ショートステイ）用の居室として転用させていただく場合があります。その際は、利用者またはその家族と事前に協議のうえ決定します。

＜主な設備＞

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 備考 |
|-------|----|-------------------------|----|
| 共同生活室 | 13 | 1,090.73 m ² | |
| 浴室 | 13 | 97.8 m ² | |
| 機械浴室 | 3 | 40.5 m ² | |
| トイレ | 44 | 168.9 m ² | |
| 喫煙室 | 4 | 21.6 m ² | |
| 機能訓練室 | 1 | 46.87 m ² | |
| 医務室 | 1 | 26.76 m ² | |

6 施設の職員体制

| 従業者の職種 | 員数 | 職務の内容 |
|---------|-------------------|--|
| 管理者 | 1名 (短期・通所兼務) | 施設の責任者としてその管理と統括を行う |
| 嘱託医師 | 1名 (短期兼務) | 利用者の健康管理や療養上の指導を行う |
| 生活相談員 | 2名以上 (短期兼務) | 利用者およびその家族からの相談に適切に応じるとともに、市町村・他事業所との連携を図るほか、ボランティアの指導を行う |
| 介護職員 | 50名以上 (短期兼務) | 利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づく介護を行う |
| 看護職員 | 4名以上 (短期兼務) | 医師の指示に基づき服薬・検温・血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の施設サービス計画および個別援助計画に基づく看護を行う |
| 管理栄養士 | 1名以上 (短期兼務) | 献立の作成・栄養指導・嗜好調査および残食調査など利用者の食事管理を行う |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 (短期兼務) | 利用者の施設サービス計画および個別機能訓練計画に基づく機能訓練を行う |
| 介護支援専門員 | 2名以上 | 利用者の心身の状況およびその有する能力・置かれている環境などに基づき可能な限り自律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の作成を行う |
| 栄養士・調理員 | 1名以上 (短期・通所兼務) | 利用者の食事の調理を行う |
| 事務員(ほか) | 1名以上 (短期・通所兼務) | 施設の労務管理・経理などを行う |

7 職員の勤務体制

| 勤務形態 | 勤務時間 |
|------|-------------|
| 早 番 | 6:30~15:30 |
| 日 勤 | 8:30~17:30 |
| 遅 番 | 13:00~22:00 |
| 夜 勤 | 21:45~ 7:00 |

8 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付サービス

ア サービスの内容

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|---|
| 食 事 | 朝食 7:30~、昼食 12:00~、夕食 17:30~ 管理栄養士または栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の心身状況に配慮した食事を提供します |
| 入 浴 | 生活リズムや生活習慣・希望などに基づいて入浴の機会を提供します 寝たきりなどで座位のとれない方の入浴も可能です |
| 排 泄 | 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、排せつの自律についても適切な援助を行います |

| | |
|-------|--|
| 離床 | 寝たきり防止のため、できる限りの離床に配慮します |
| 着替え | 生活リズムを考え、着替えを行うように配慮します |
| 整容 | 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 | 週1回行います |
| 洗濯 | 必要に応じて衣類の洗濯を行います |
| 機能訓練 | 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます |
| 健康管理 | 嘱託医師により、週1回程度の診察日を設けて健康管理に努めます 看護職員が中心となり、日常生活における健康管理を行います |
| 口腔衛生 | 専門職種からの助言や指導等を受け、口腔の健康の保持をはかるため、利用者の状態に応じた口腔衛生を行います |
| 介護相談 | 入所者とその家族からのご相談に応じます |

イ 費用

介護保険の適用がある場合、原則として料金表の利用料金のうち、介護保険負担割合証記載の割合が利用者の負担額となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料の金額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書を発行します。

発行されたサービス提供証明書は、のちに利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

また、端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。

＜料金表＞

○施設サービス費（ユニット型個室）（1日につき）

※事業所のある富士市は7級地であるため、1単位10.14円で計算します。

| 要介護度 | 単位 | 利用料 | 本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|--------|-------|--------|---------------------------------|
| □ 要介護1 | 670単位 | 6,793円 | 1,359円 2,038円 |
| □ 要介護2 | 740単位 | 7,503円 | 1,501円 2,251円 |
| □ 要介護3 | 815単位 | 8,264円 | 1,653円 2,480円 |
| □ 要介護4 | 886単位 | 8,984円 | 1,797円 2,696円 |

| | | | |
|---------|-------|---------|----------------------------|
| □ 要介護 5 | 955単位 | 9, 683円 | 969円 1, 937円 2, 905円 |
|---------|-------|---------|----------------------------|

○加算（1日または1月につき） ※運営実績に基づき算定させていただきます。

| 種類 | 単位 | 利用料 | 本人負担 上段：1割 中段：2割 下段：3割 |
|---|--------------------------|------|---|
| □ 日常生活継続支援加算 新規入所者の総数のうち、要介護状態区分が要介護4若しくは要介護5の者の占める割合が70%以上又は日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する認知症の入所者の占める割合が65%以上である場合、又は全入所者のうち、たんの吸引等が必要な入所者が15%以上である場合 且つ、介護福祉士の数が、常勤換算方法で、入所者の数が6又はその端数を増すごとに1名以上である場合 | 46単位 | 466円 | 47円 94円 140円 |
| □ 看護体制加算 入所定員が51人以上で、定員超過・人員欠如に該当せず、必要数看護職員を配置している場合 | (I) □ 4単位 | 40円 | 4円 8円 12円 常勤の看護師を1名以上配置 |
| | (II) □ 8単位 | 81円 | 9円 17円 25円 看護職員の数が、常勤換算方法で、入所者の数が25またはその端数を増すごとに1以上配置 |
| □ 夜勤職員配置加算 夜勤を行う介護職員または看護職員の数が、最低基準を1以上上回っている場合 | (II) □ 18単位 | 182円 | 19円 37円 55円 |
| □ 個別機能訓練加算 常勤の理学療法士などを1名以上配置し、個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行っている場合 | (I) 12単位 | 121円 | 13円 25円 37円 |
| | (II) 20単位 (1月につき) | 202円 | 21円 41円 61円 LIFEへのデータ提出とケアの向上を図った場合 |
| | (III) 20単位 (1月につき) | 202円 | 21円 41円 61円 個別機能訓練加算(II)、口腔衛生管理加算(II)、栄養マネジメント強化加算を算定しており、情報を相互に共有し、必要に応じて計画の見直しを行っている場合 |

| | | | |
|---|--|------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADL 維持加算 利用者全員について、ADL 値を測定し LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用を行う。評価対象利用者等の調整済みADL利得を平均して得た値が1以上である場合 | (I) 3 0 単位 (ADL 利得平均値 1 以上) | 3 0 4 円 | 3 1 円 6 1 円 9 2 円 |
| | (II) 6 0 単位 (ADL 利得平均値 3 以上) | 6 0 8 円 | 6 1 円 1 2 2 円 1 8 3 円 |
| <input type="checkbox"/> 若年性認知症入所者受入加算 40歳以上65歳未満の方で認知症によって要介護者となった入所者に対して、個別に担当者を定めてサービス提供を行った場合 | 1 2 0 単位 | 1, 2 1 7 円 | 1 2 2 円 2 4 4 円 3 6 6 円 |
| <input type="checkbox"/> 精神科医療養指導加算 認知症である入所者が全入所者の3分の1以上を占める施設において、精神科医による定期的な療養指導が月に2回以上行われている場合 | 5 単位 | 5 0 円 | 5 円 1 0 円 1 5 円 |
| <input type="checkbox"/> 外泊時費用 一時的に自宅などに外泊された場合 ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いになりません (月6日限度) | 2 4 6 单位 | 2, 4 9 4 円 | 2 5 0 円 4 9 9 円 7 4 9 円 |
| <input type="checkbox"/> 外泊時在家サービス利用費用 居宅における外泊を認め、施設より提供されるサービスを利用した場合 ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は外泊扱いになりません (月6日限度) | 5 6 0 单位 | 5, 6 7 8 円 | 5 6 8 円 1, 1 3 6 円 1, 7 0 4 円 |
| <input type="checkbox"/> 初期加算 入所日から30日間に限って算定します また、30日を超える入院後に再入所した場合 | 3 0 单位 | 3 0 4 円 | 3 1 円 6 1 円 9 2 円 |
| <input type="checkbox"/> 退所時栄養情報連携加算 特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にある入所者が退所するにあたり、管理栄養士が他の介護保険施設や医療機関へ栄養管理に関する情報を提供した場合 | 7 0 单位 1月に1回に限る | 7 0 9 円 | 7 1 円 1 4 2 円 2 1 3 円 |

| | | | |
|---|-----------------------|--------|--|
| □ 再入所時栄養連携加算 特別食等を必要とする入所者が再度施設に入所する際、病院などの管理栄養士と連携して栄養ケア計画を策定した場合 | 200単位 (1回限り) | 2,028円 | 203円 406円 609円 |
| □ 退所前訪問相談援助加算 入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って、退所後生活する居宅を訪問して退所後の居宅サービスなどについて相談援助を行った場合 | 460単位 (原則、入所中1回限り) | 4,664円 | 467円 933円 1,400円 |
| □ 退所後訪問相談援助加算 入所者の退所後30日以内に入所者の居宅を訪問して相談業務を行った場合 | 460単位 (1回限り) | 4,664円 | 467円 933円 1,400円 |
| □ 退所時相談援助加算 入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において居宅サービスなどを利用する場合において、入所者および家族に対して退所後の相談援助を行い、かつ、入所者の同意を得て居宅サービスに必要な情報を提供した場合 | 400単位 (1回限り) | 4,056円 | 406円 812円 1,217円 |
| □ 退所前連携加算 入所期間が1月を超える入所者が退所し、居宅において居宅サービスなどを利用する場合において、退所に先立って利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て居宅サービスなどに必要な情報を提供し、かつ、指定居宅介護支援事業者と連携して退所後の調整を行った場合 | 500単位 (1回限り) | 5,070円 | 507円 1,014円 1,521円 |
| □ 退所時情報提供加算 医療機関へ退所する入居者等について、退所後の医療機関に対して入所者等の同意を得て、心身の状況、生活歴等を示す情報提供した場合 | 250単位 (1回限り) | 2,535円 | 254円 507円 761円 |
| | 5単位 (1月につき) | 50円 | 5円 10円 15円 下記以外の場合 |
| □ 協力医療機関連携加算 協力医療機関との間で入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催している場合 | 50単位 (1月につき) | 507円 | 51円 102円 153円 協力医療機関が①～③の要件を満たす場合 ①入所者等の病状が急変した場合等において相談対応を行う体制を常時確保している ②高齢者施設等から診療の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している ③急変により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 |

| | | | |
|--|----------------------------------|--------------|---|
| □ 栄養マネジメント 強化加算 管理栄養士を 50 名に対して 1 以上配置。 食事の観察を週 3 回以上行い継続して入所者ごとの栄養管理をした場合 | 1 1 単位 | 1 1 1 円 | 1 2 円 2 3 円 3 4 円 LIFE へのデータ提出とケアの向上を図った場合 |
| □ 経口移行加算 経管により食事を摂取している入所者ごとに経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画を作成し、栄養管理および支援が行われた場合 | 2 8 単位 | 2 8 3 円 | 2 9 円 5 7 円 8 5 円 原則、180 日以内に限り算定 |
| □ 経口維持加算 経口により食事を摂取するものであって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、栄養管理をするための食事の観察および会議などを行い、経口維持計画を作成し、栄養管理を行った場合 | (I) 4 0 0 単位 | 4, 0 5 6 円 | 4 0 6 円 8 1 2 円 1, 2 1 7 円 |
| | (II) 1 0 0 単位 | 1, 0 1 4 円 | 1 0 2 円 2 0 3 円 3 0 5 円 左の理由に加え食事の観察および会議等に歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士などが加わった場合 |
| □ 口腔衛生管理加算 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が入所者に係る口腔ケアについて介護職員に技術的助言および指導を月に 2 回以上行った場合 | (I) 9 0 単位 (1 月につき) | 9 1 2 円 | 9 2 円 1 8 3 円 2 7 4 円 |
| | (II) 1 1 0 単位 (1 月につき) | 1, 1 1 5 円 | 1 1 2 円 2 2 3 円 3 3 5 冮 LIFE へのデータ提出とケアの向上を図った場合 |
| □ 療養食加算 医師より入所者に対し疾患治療の直接手段として発行された食事せんに基づき、療養食が提供された場合 | 6 単位 (1 食につき) (1 日 3 回を限度) | 6 0 円 | 6 円 1 2 円 1 8 円 |
| □ 配置医師緊急時対応加算 複数名の配置医師を置いているなどし、施設の求めに応じて 24 時間対応できる体制を確保し、配置医師が通常の勤務時間外に訪問して入所者の診療を行い、診療の理由を記録した場合 ※看護体制加算(Ⅱ)を算定していない場合は算定しない | 3 2 5 単位 (1 回につき) | 3, 2 9 5 円 | 3 3 0 円 6 5 9 円 9 8 9 円 配置医師の通常の勤務外の場合 (早朝・夜間及び深夜を除く) |
| | 6 5 0 単位 (1 回につき) | 6, 5 9 1 円 | 6 6 0 円 1, 3 1 9 円 1, 9 7 8 冮 早朝夜間の場合 |
| | 1, 3 0 0 単位 (1 回につき) | 1 3, 1 8 2 円 | 1, 3 1 9 円 2, 6 3 7 冮 3, 9 5 5 冮 深夜の場合 |

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------|--|
| <p><input type="checkbox"/> 看取り介護加算（I） 常勤の看護師1名以上を配置し、24時間連絡できる体制を確保し、医師が一般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利用者について、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援した場合</p> | 72単位 (死亡日以前31日以上 45日以下) | 730円 | 73円 146円 219円 |
| | 144単位 (死亡日以前4日以上 30日以下) | 1,460円 | 146円 292円 438円 |
| | 680単位 (死亡日の前日および前々 日) | 6,895円 | 690円 1,379円 2,069円 |
| | 1,280単位 (死亡日) | 12,979 円 | 1,298円 2,596円 3,894円 |
| <p><input type="checkbox"/> 看取り介護加算（II） 配置医師緊急時対応加算と看取り加算（I）の算定要件を満たし、施設で看取りをした場合 ※看取り介護加算（I）を算定している場合は算定しない</p> | 72単位 (死亡日以前31日以上 45日以下) | 730円 | 73円 146円 219円 |
| | 144単位 (死亡日以前4日以上 30日以下) | 1,460円 | 146円 292円 438円 |
| | 780単位 (死亡日の前日および前々 日) | 7,909円 | 791円 1,582円 2,373円 |
| | 1,580単位 (死亡日) | 16,021 円 | 1,603円 3,205円 4,807円 |
| <p><input type="checkbox"/> 認知症専門ケア加算 認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体が実施または指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者を配置している場合 ※認知症チームケア推進加算を算定している場合は算定しない</p> | (I) 3単位 | 30円 | 3円 6円 9円 認知症症状の占める割合が 50%以上であり、かつ、専門的研修修了者を必要数配置した場合 |

| | | | |
|---|-------------------------|--------|--|
| | (Ⅱ) 4単位 | 40円 | 4円 8円 12円 (I)の条件を満たし、加えて認知症介護の指導に係る研修を終了しているものを1名以上配置した場合 |
| □ 認知症チームケア推進 加算 入所者の総数のうち、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以上である。且つ複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対するチームを組み、対象者に対し、個別に認知症の行動・心理症状の評価を行い、チームケアを実施。カンファレンス、計画作成、ケアの振り返りを行っている場合 | (I) 150単位 (1月につき) | 1,521円 | 153円 305円 457円 認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した者、または認知症介護に係る専門的な研修及び認知症の行動・心理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 |
| | (Ⅱ) 120単位 (1月につき) | 1,216円 | 122円 244円 365円 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終了している者を1名以上配置 |
| □ 褥瘡マネジメント加算 入所者等ごとにリスクについて評価するとともに、褥瘡ケア計画を作成し、3月に1回評価を行い、その評価結果等をLIFEへのデータ提出とフィードバックの活用にて褥瘡管理をした場合 | (I) 3単位 (1月につき) | 30円 | 3円 6円 9円 |
| | (Ⅱ) 13単位 (1月につき) | 131円 | 14円 27円 40円 (I)の要件に加えて、褥瘡発生リスクがある入所者等について、褥瘡の発生のないこと |
| □ 排せつ支援加算 排せつに介護を要する入所者等ごとに、要介護状態の軽減の見込みについて、施設入所時等に評価するとともに、支援計画を作成し、3月に1回評価を行いLIFEへのデータ提出とフィードバックの活用にて排せつ管理を行った場合 | (I) 10単位 (1月につき) | 101円 | 11円 21円 31円 |
| | (Ⅱ) 15単位 (1月につき) | 152円 | 16円 31円 46円 排せつ状態が改善し、悪化がない、又は、おむつ使用ありから使用なしに改善していること |
| | (Ⅲ) 20単位 (1月につき) | 202円 | 21円 41円 61円 排せつ状態が改善し、悪化がない、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善していること |

| | | | |
|--|-------------------------|--------|--|
| □ 自立支援促進加算 医師やその他の職種の者が共同して自立支援に係る支援計画を策定し、 LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用にて継続的に入所者ごとの自立支援を行つた場合 | 280単位 (1月につき) | 2,839円 | 284円 568円 852円 |
| □ 科学的介護推進体制加算 LIFEの収集項目の各領域について、事業所のすべての利用者に係るデータを横断的にLIFEに提出してフィードバックを受け、事業所の特性やケアの在り方等を検証し、利用者のケアプランや計画への反映した場合 | (I) 40単位 (1月につき) | 405円 | 41円 81円 122円 |
| | (II) 50単位 (1月につき) | 507円 | 51円 102円 153円 精度の高い項目を提出・活用した場合 |
| □ 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 | 20単位 (入所初日に限り) | 202円 | 21円 41円 61円 |
| □ 高齢者施設等感染対策向上加算 | (I) 10単位 (1月につき) | 101円 | 11円 21円 31円 ①～③の条件を満たしている場合 ①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 ②協力医療機関等との間で感染症の発生時等の対応を取り決め、感染症の発生時等に連携し対応している ③医療機関又は地域の医師会が行う感染対策に関する研修、又は訓練に1年に1回以上参加 |
| | (II) 5単位 (1月につき) | 50円 | 5円 10円 15円 医療機関から3年に1回以上、感染症が発生した場合の感染制御等について指導を受けている場合 |
| □ 新興感染症等施設療養費 特定の感染症に感染した場合に相談、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、適切な感染対策を行つた上で、サービス提供を行つた場合 | 240単位 | 2,433円 | 244円 487円 730円 1月に1回、連続する5日間を限度に算定可能 |
| □ 生産性向上推進体制加算 (I) 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保およ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 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 | 100単位 (1月につき) | 1,014円 | 102円 203円 305円 |

| | | | |
|--|-----------------|---------------------------|--|
| かつ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 | | | |
| <input type="checkbox"/> 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およ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 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 | 10単位 (1月につき) | 101円 | 10円 20円 30円 |
| | (I) 22単位 | 223円 | 23円 45円 67円 介護職員の総数のうち、以下のいずれかに該当すること。 ①介護福祉士が80%以上 ②勤続10年以上の介護福祉士が35%以上 |
| <input type="checkbox"/> サービス提供体制 強化加算 職員の配置状況により算定する | (II) 18単位 | 182円 | 19円 37円 55円 介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が60%以上 |
| | (III) 6単位 | 60円 | 6円 12円 18円 以下のいずれかに該当すること ①介護職員の総数のうち介護福祉士が50%以上 ②看護・介護職員の総数のうち常勤職員が75%以上 ③利用者に直接サービスを提供する職員の総数のうち勤続年数7年以上が30%以上 |
| <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算 ①職場環境の改善、賃金体系等の整備及び研修の実施 ②資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 ③賃金の改善、職場環境の更なる改善 ④経験技能のある介護職員を一定割合以上配置 | (I) | 算定した単位数の 14.0% ①②③④に該当 | |
| | (II) | 算定した単位数の 13.6% ①②③に該当 | |
| | (III) | 算定した単位数の 11.3% ①②に該当 | |
| | (IV) | 算定した単位数の 9.0% ①に該当 | |

(2) 介護保険給付対象外サービス

ウ サービスの内容と費用

利用料の全額を負担していただきます

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------------------|---|--------|
| 居住費 (1日あたり) | 第1段階 市町村民税世帯非課税の老人福祉年金受給者または生活保護受給者 ※預貯金などが1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方) | 880円 |
| | 第2段階 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と世帯合計所得金額の合計が80万円以下の方 ※預貯金などが650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方) | 880円 |
| | 第3段階(1) 市町村民税世帯非課税であって、上記に該当しない方 ※預貯金などが550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方) | 1,370円 |
| | 第3段階(2) 世帯全員が市町村民税世帯非課税であって、前年度の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超の方 ※預貯金などが500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方) | 1,370円 |
| | 第4段階 上記以外の方 | 2,250円 |
| 食費 (1日あたり) | 第1段階 居住費と同様 | 300円 |
| | 第2段階 居住費と同様 | 390円 |
| | 第3段階(1) 居住費と同様 | 650円 |
| | 第3段階(2) 居住費と同様 | 1,360円 |
| | 第4段階 居住費と同様 | 1,800円 |
| おやつ代 (1日あたり) | | 100円 |
| 電気代 (1日あたり) | テレビ等の電化製品をご希望により個人用として使用された場合にかかります | 30円 |
| 理髪・美容 | 出張理美容サービスをご利用いただけます | 実費 |
| レクリエーション クラブ活動 | 趣味活動に参加される場合、材料代などをご負担いただきます | 実費 |
| 特別な食事提供 | 希望により特別に用意する食事の場合、材料費などをご負担いただきます | 実費 |

| | | |
|--------|--|----|
| 個別外出 | 希望により個別に施設の車両を使用し、職員が同行した場合、交通費相当分をご負担いただきます | 実費 |
| クリーニング | 施設にて洗濯のできない衣類、あるいは希望によるクリーニングの場合、クリーニング代をご負担いただきます | 実費 |

その他施設サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、利用者にご負担いただくことが適當と認められる費用は、利用者の負担となります。

9 利用料金などのお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し請求いたします。毎月20日頃に前月分の請求書を郵送で利用者または利用者の身元引受人（後見人がいる場合は後見人。以下「身元引受人等」といいます）にご連絡いたします。

お支払方法は、原則口座引落（27日頃）にてお支払ください。

毎月の利用料金の引落の確認は利用者または利用者の身元引受人等でも行っていただき、指定口座より引落がされなかった場合は、当施設へご一報いただき、速やかに次の指定口座にお振込みをお願いいたします。

＜引落がされなかった場合の振込先＞

| | |
|-------|---------------------|
| 金融機関名 | 静岡銀行 富士中央支店 |
| 口座番号 | 普通預金 №.0603284 |
| 口座名義 | 社会福祉法人 湖聖会 理事長 湖山泰成 |

10 サービス内容に関する苦情など相談窓口

| | |
|-------------|---|
| 当施設のお客様相談窓口 | 受付担当者 松井 恵 解決責任者 西尾 希実 ご利用時間 8:30~17:30 ご利用方法 電話 (0545-35-4567) 面接 (当施設相談室) ご意見箱 (1階ホール) |
|-------------|---|

＜当施設窓口以外の苦情受付機関＞

| 受付機関 | 連絡先 |
|------------------------|---|
| 当施設より委嘱した 外部の苦情受付窓口 | 笠井 好美 090-9933-7942 赤澤 佳子 090-9029-4335 |
| 行政機関など 受付機関 | 富士市永田町1番地100 0545-55-2863 平日 8:30~17:15 |

| | | |
|--|--------------------|-------------------------------|
| | 静岡県国民健康保険 団体連合会 | 静岡市葵区春日2-4-34 054-253-5590 |
|--|--------------------|-------------------------------|

11 緊急時の対応

嘱託医師および看護職員が常に利用者の健康状態を注意し、必要に応じて適切な診療・指導を行うよう誠意を持って対応します。

利用者に病状の急変が生じた場合などにより、自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の医師の診察を求めるなど診療について適切な対応を講じます。

12 秘密保持の対応

正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者および利用者の身元引受人等の秘密を漏らしません。

サービス担当者会議などにおいて、利用者および利用者の身元引受人等に関する個人情報を用いる場合、利用者および利用者の身元引受人等に使用目的などを説明し同意を得なければ、使用することはありません。

介護保険サービスの質の向上のため、学会・研究会などで事例研究発表などをする場合、利用者を特定できないように仮名などを使用することを厳守します。

本条に掲げる事項は、利用終了後も同様の扱いとします。

なお、当事業所の職員・委託業者・ボランティア・実習生などの関係者には、事前に個人情報の重要性を周知し、誓約書を取り交わしております。その他、個人情報に関しての問い合わせについては、次の窓口にて対応させていただきます。

＜当事業所窓口＞

当事業所における個人情報に関するご相談は次の窓口で受け付けます

| | | |
|------------------|------------------------------------|---|
| 当施設の 個人情報保護窓口 | 特別養護老人ホーム 月のあかり 0545-35-4567 | 個人情報の開示・訂正・更新・ 利用停止・削除などの申し出がある場合は、ご連絡ください |
|------------------|------------------------------------|---|

13 事故発生時の対応および賠償責任

施設サービスの提供にあたって、事故が発生した場合、速やかに利用者の身元引受人等および市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故により利用者に損害が発生した場合、速やかにその損害を賠償します。ただし、当施設に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

当該事故発生につき利用者に過失がある場合、損害を賠償しない、または賠償の額を減額することができます。

14 衛生管理等

利用者の使用する食器その他の設備または飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、または衛生上必要な措置を講じるとともに、医薬品および医療器具の管理を適正に行います。

感染症または食中毒が発生し、または蔓延しないよう必要な措置を講じます。

<対応>

- ①施設における感染症の予防および蔓延の防止のための対策を検討する委員会を概ね3月に1回以上開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②施設における感染症の予防および蔓延防止のための指針を整備する
- ③施設において、従業者に対し感染症の予防および蔓延防止のための研修および訓練を定期的に実施する
- ④厚生労働大臣が定める感染症または食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行う

15 非常災害時の対策

| | | | | |
|---------------------|--|----|---------|----|
| 非常時の対応 | 別に定める「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り対応を行います | | | |
| 避難訓練 および 防災設備 | 別に定める「特別養護老人ホーム月のあかり消防計画」に則り年2回夜間および昼間を想定した避難訓練を、利用者の方、地域の方も参加して行います | | | |
| | 設備名称 | 有無 | 設備名称 | 有無 |
| | スプリンクラー | あり | 非常通報設備 | あり |
| | 避難階段 | あり | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知器 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | あり | 消火器 | あり |
| | 消火栓 | あり | 排煙設備 | あり |

16 協力医療機関

| | |
|---------|-----------------------------|
| 名 称 | 医療法人財団百葉の会 湖山リハビリテーション病院 |
| 所 在 地 | 静岡県富士市大淵 405-25 |
| 電 話 番 号 | 0545-36-2000 |

| | |
|---------|--------------------------|
| 名 称 | 医療法人財団百葉の会 ももはクリニック石坂 |
| 所 在 地 | 静岡県富士市石坂 420-1 |
| 電 話 番 号 | 0545-22-6565 |

17 協力歯科医療機関

| | |
|---------|----------------------|
| 名 称 | 医療法人 桜樹会 さくらぎ富士歯科 |
| 所 在 地 | 静岡県富士市横割1-17-30 |
| 電 話 番 号 | 0545-66-2321 |

18 ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|--------------|---|
| 来訪・面会 | 面会時間 8:30~20:00 正面受付に設置しております、面会簿に必要事項をご記入下さい 面会時に飲酒、大声で怒鳴るなどの行為はおやめ下さい 飲食物の持ち込みの際は、腐敗・誤飲・誤嚥などの事故防止のため、必ず職員にお声掛け下さい ※新型コロナウイルス感染症、インフルエンザ等の感染症の予防のため面会及び外出、外泊を一時的に見合わせていただく場合がございます |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、所定の書式に記載いただき、必ず行き先と帰設日時を職員に申し出下さい ※感染症予防の観点から外出、外泊を一時的に見合わせていただく場合がございます |
| 居室・設備器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の方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などが生じた場合、弁償していただくことがあります |
| 迷惑行為など | 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮下さい また、むやみに他の利用者の居室などに立ち入らないで下さい |
| 所持金品の管理 | 高額・高価格の金品の持ち込みは原則お断りいたします その他の所持金品は、自己の責任で管理して下さい |
| 宗教活動 政治活動 | 施設内で他の利用者などに対する執拗な宗教活動および政治活動はご遠慮下さい |
| 動物飼育など | 施設内への危険物・ペットの持ち込み及び飼育は原則お断りします |
| その他 | 入居者の故意または過失により施設に損害を与えた場合、施設は損害賠償を請求することがあります |

19 看取りについて

ご契約時に可能な限り利用者・ご家族などのご意向を確認させていただきます。その後は「特別養護老人ホーム月のあかり看取り指針」に基づき、その都度ご意向の確認、嘱託医による説明、施設担当者との話し合いを重ね、施設での看取りが可能となつた場合には、利用者の心身の苦痛の緩和に努めて参ります。

また、ご家族のご心情も重く受け止め、ご家族の精神的支えとなるよう努めて参ります。

20 身体拘束に対しての取り組みについて

利用者または他の利用者などの、生命または身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、隔離・身体的拘束・薬剤投与・その他の方法により利用者の行動を制限する行為は一切行いません。緊急やむを得ない状態が生じた場合には、マニュアルに沿って介護保険法にて定められた手順に従い対応します。また同時に、その解除を早期にできるように努力いたします。指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、身体拘束等適正化のための研修を実施する等の措置を講じます。

21 虐待防止に関する事項

利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するため必要な措置を講じます。

施設サービス提供中に、施設従業者または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

<対応>

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果を従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止のための指針の整備
- ③虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ④担当者の設置

22 感染症予防対策について

感染症予防対策及びまん延防止のため、感染症予防委員会を設置し、日常的な健康管理や手指消毒等の基本的な感染症対策の見直しや、関係者に新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者が出たことを想定した教育訓練を実施します。

施設内クラスターの発生予防のために、感染症マニュアルに沿って面会や外出、外泊については、一時的に見合わせて頂く事がございます。

23 業務継続計画に対しての取り組み

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供の継続的な実施および非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。

定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

24 事業所のハラスメントに対しての取り組み

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。

ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった職員の心身に悪影響を与えます。甲または甲のご家族から以下のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させていただく場合があります。

- ①性的な話をする、必要もなく体に触れる等のセクシャルハラスメント行為
- ②特定の職員に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力
- ③叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力
- ④暴言、大声での恫喝、罵声

25 その他

＜ご理解とご協力のお願い＞

① 病院受診同行について

入居されてからの利用者の定期受診および薬取りは、ご家族などにご協力をお願いすることがあります。受診時において、施設職員のみでは医師から直接説明を受けられない場合もあり、ご家族などが同行の場合、その場で医師からの説明を受け結論を出せる可能性が高く、早期の対応ができやすくなります。

ただし、様々な状況により困難な場合は、相談員にご相談ください。

② 日用品などについて

施設が提供すべきものに該当しない日用品などに関しては、ご家族などでの購入をお願いいたします。利用者からの要望があった場合は、相談員よりご連絡いたしますので、施設へお届けいただくか郵送をお願いいたします。

ただし、様々な状況により困難な場合は、相談員にご相談ください。

③ 金銭管理について

施設内における金銭トラブルを避けるためにも、利用者が金銭管理できる状態でない場合は、利用者のもとでの金銭の管理はご遠慮願います。

④ 入院中の対応について

3ヶ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、希望により当施設へ再び優先的に入居できるものとします。ただし、入院時に予定されていた退院日より早く退院される場合など、退院時に受入準備が整っていない場合は、併設されている短期入所生活介護の居室などをご利用いただく場合もあります。

また、入居される前日までの所定の利用料金および居住費（2,250円／日）をご負担していただきます。

なお、入院期間中に別の方に居室を短期入所生活介護として活用することができます。この場合は、所定の利用料金及び居住費を支払う必要はありません。

令和 年 月 日

以上の内容を証するため、署名または記名のうえ重要事項説明書を2通作成し、双方で1通ずつ保有します。

住 所 静岡県富士宮市大鹿窪143番地1
事 業 者 社会福祉法人 湖 聖 会
代 表 者 名 理事長 湖 山 泰 成
事 業 所 名 特別養護老人ホーム 月のあかり
(事業所番号) (2 2 7 2 3 0 2 6 8 4)

説明者 氏 名

(入居者)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|-----|--|--|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |

(身元引受人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|----|--|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | 続柄 | |

(連帯保証人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|----|--|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | 続柄 | |

(後見人)

私は、以上の重要事項について説明を受け、その内容を理解し同意しました。

| | | |
|------|----|--|
| 住 所 | | |
| 氏 名 | | |
| 電話番号 | 続柄 | |