

<別紙1>

介護老人保健施設 加古川白寿苑のご案内

(重要事項説明書)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

施設名	社会医療法人社団 順心会 介護老人保健施設 加古川白寿苑		
開設年月日	平成 15 年 4 月 1 日		
所在地	〒675-0015 加古川市野口町坂井字西ノ大町 58-1		
電話番号	079-430-0033	ファックス番号	079-430-0034
管理者名	裏川 公章		
指定番号	2852280045		

(2)介護老人保健施設の目的と運営方針

1. 施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

2. 運営方針

入所者の自立を支援し、その家庭への復帰をめざし、明るく家庭的な雰囲気地域や家庭と連携した運営を行います。

(3)利用定員

定員 70 名(うち認知症専門棟 40 名)

療養室 個室:2階2室、3階4室 従来型個室8室 計14室
 2人室:2階2室、3階2室 計4室
 4人室:2階6室、3階6室 計12室

(4)施設の職員体制

	業務内容	基準配置 人員数
医師	医学的管理	1名
看護職員	看護業務	7名以上
介護職員	介護業務	17名以上
支援相談員	支援相談業務	1名以上
機能訓練士	理学療法、作業療法又は言語聴覚業務	1名以上
介護支援専門員	ケアプラン作成等	1名以上
管理栄養士	栄養管理業務	1名以上
薬剤師	薬剤管理	0.24名以上
事務職員	事務業務	1名以上

*勤務者は上記以上を配置しています。

*夜間は各階2名(計4名)で夜勤業務を行います。

2. サービス内容

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭復帰いただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は定期的に、利用者に関するあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者・ご家族の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようにいたします。

(1)介護保険給付対象サービス

種 類	内 容
施設サービス計画	プランに基づいてサービスを提供します。
食 事	(食事時間) 朝食 8:00～、昼食 12:00～ 夕食 18:00～、おやつ 15:00～ 利用者様の状況に応じて適切食事介助を行うと共に、 食事の自立についても適切な援助を行います。 原則的に食事は食堂でおとりいただいています。
医療・看護	入院加療でない範囲の医療・看護を提供します。
機 能 訓 練	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により入所者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。
入 浴	週2回の入浴を行います。 (一般浴槽のほか入浴に介助を要する特別浴槽で対応)
介 護	利用者様の状況に応じて適切な援助を行います。
相談援助及び援助	入所者様とご家族様からのご相談に応じます。
行政手続き代行	介護保険更新申請代行等

●介護サービス利用単位

介護サービス単位表を基準として利用者様の負担額を算定します。

【基本介護サービス単位】

多床室/日				
要介護 1 871 点	要介護 2 947 点	要介護 3 1014 点	要介護 4 1072 点	要介護 5 1125 点

従来型個室/日				
要介護 1 788 点	要介護 2 863 点	要介護 3 928 点	要介護 4 985 点	要介護 5 1040 点

【加算種類・単位】

種 類	単 位	説 明
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	51/日	老健機能について規定の基準を満たす場合
生産性向上推進体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)	100・10/月	見守り機器,インカム等 ICT を使った継続的な業務改善
科学的介護推進体制加算	60/月	ADL,栄養状態,口腔機能,認知症状況,疾病,服薬情報等の情報提供と改善に向けてのフィードバックの活用
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	50/月	協力医療機関と連携し,入院を要する際は原則受け入れる体制を確保していること
自立支援促進加算	300/月	自立支援に必要な医学的評価を行い,結果等の情報提出とフィードバックの活用。多職種共同で自立支援が必要な者の計画を作成し,定期的な見直しを行った場合。
夜勤職員配置加算	24/日	基準を上回る夜勤職員配置
栄養マネジメント強化加算	11/日	管理栄養士を1名以上配置 栄養計画書に従い,食事観察を週3回以上行い,栄養状態の情報提出と改善に向けてフィードバックの活用
療養食加算	6/回	療養食を提供した場合
再入所時栄養連携加算	200/回	再入所の際,当苑管理栄養士が病院の管理栄養士と連携を図った場合
認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)(Ⅱ)	240・120/日	記憶の訓練等を週1~3日
短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)(Ⅱ)	258・200/日	入所~3ヶ月,週3日以上

種 類	単 位	説 明
認知症ケア加算	76/日	認知症専門棟での処遇
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3/日	認知症介護実践リターナー配置
認知症チームケア推進加算Ⅱ	120 単位/月	認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアの実施。専門的な研修の終了
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅰ)(Ⅱ)	53・33/月	リハビリテーション実施計画の内容説明及び情報提出とフィードバックの活用
外泊時加算	362/日	外泊時の居室確保
外泊時費用	800/日	外泊時の居室確保かつ在宅サービスを利用
初期加算(Ⅰ)(Ⅱ)	60・30/日	入所～30 日間に限り加算
試行的退所時指導加算	400/回	試行的に退所した際に療養上の注意点など指導した場合
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)(Ⅱ)	450・480/回	入所前に自宅訪問し退所を念頭においた計画を行った場合
退所時情報提供加算(Ⅰ)(Ⅱ)	500・250/回	主治医への情報提供
入退所前連携加算(Ⅰ)	600/回	入退所前連携加算(Ⅱ)に加え、入所前後から居宅ケアマネと連携し、退所後のサービス等の利用方針を定めた場合
入退所前連携加算(Ⅱ)	400/回	担当居宅ケアマネへの情報提供
退所時栄養情報連携加算	70/回	管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して栄養管理に関する情報の提供を行った場合
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ(Ⅰ)ロ	140・70/回	入所前に6種類以上の内服薬が処方されており、かかりつけ医と施設の医師が共同し内容を総合的に評価及調整し、かつ、療養上必要な指導を行った場合。状況に応じて処方内容を変更する可能性がある事について説明し、合意を得た場合
かかりつけ医連携薬剤調整加算	240/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)に加え、服薬情報等の提出と改善に向けてフィードバックの活用
かかりつけ医連携薬剤調整加算	100/回	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)と(Ⅱ)に加え、かかりつけ医と連携し多剤服用の是正を行った場合
老人訪問看護指示加算	300/回	訪問看護指示書作成の場合
安全対策体制加算	20/月	リスクマネジャーを配置 安全対策部門を設置し、安全対策を実施する体制を整備している場合(入所時に1回)

種 類	単 位	説 明
経口移行加算	28/日	計画作成から180日以内
経口維持加算(Ⅰ) 経口維持加算(Ⅱ)	400/月 100/月	誤嚥～著しい誤嚥を認める者
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90/月	口腔衛生の管理体制を整備し状態に応じた丁寧な管理を行う。介護職員に対する技術的助言及び指導を年2回以上実施する。
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110/月	口腔衛生管理加算(Ⅰ)に加え、計画内容の提出とフィードバックの活用による改善、ケアの向上を行った場合。
褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3/月	褥瘡が発生するリスクについて評価し、結果等の情報提出とフィードバックの活用。リスクがあれば褥瘡ケア計画書を作成し、改善に向けて定期的に見直している事褥瘡の発生予防のための管理を行っている施設に対する加算
褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13/月	褥瘡が発生するリスクがあると評価された者について、褥瘡の発生を抑えられた場合
排せつ支援加算(Ⅰ) 排せつ支援加算(Ⅱ) 排せつ支援加算(Ⅲ)	10/月 15/月 20/月	排せつについて評価し、結果等の情報提出とフィードバックの活用。支援計画を作成し、定期的に見直しをしている事。 入所時等と比較し、悪化がなく、改善している場合は評価
所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480/日	研修を受けた医師が対象疾患の治療等を行った場合(1月10限度)
緊急時施設療養費	518/日	緊急救命医療時
地域連携診療計画情報提供加算	300/回	地域連携診療計画管理料を算定している病院への情報提供
ターミナルケア加算	72～1900/日	同意書に基づく看取りのケア
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22/日	介護職員の総数の内、介護福祉士80%以上もしくは、勤続10年以上が35%以上 配置
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200/日	認知症行動により緊急に介護サービスが必要と医師が判断した場合 7日間を限度
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口	1割か2割 または3割負担	介護職員のスキルアップ、職場環境の改善のため 介護保険サービス費合計点数 ×9.7%
地域区分加算	7級地	10.14円/1点につき

*1ヶ月の介護サービス費が下記の上限を超えた場合、超えた分については公費負担となります。領収書を添えて各自、介護保険課で申請してください。

・利用者負担1～2段階:15,000円、利用者負担3段階:24,600円、利用者負担4段階44,400円

(2)介護保険給付対象外サービス

●費用

利用料の全額が利用者様の負担額となります。

種 類	内 容
理髪・美容	2100 円／回
日用品費	シャンプー、リンス、石鹸等の共用物品 155 円／日
教養娯楽費	個々で使用する教材等 実費請求
食費	利用者負担第 1 段階:300 円／日
〃	利用者負担第 2 段階:390 円／日
〃	利用者負担第 3 段階①:650 円／日
〃	利用者負担第 3 段階②:1360 円／日 (世帯全員が市民税非課税 合計所得金額が 120 万円超 かつ、預貯金等の合計が 500 万円〔夫婦は 1,500 万円〕以下)
〃	利用者負担第 4 段階:1850 円／日
種 類	内 容
居住費(多床室)	利用者負担第 1 段階: 0 円／日
〃	利用者負担第 2 段階:430 円／日
〃	利用者負担第 3 段階①・②:430 円／日
〃	利用者負担第 4 段階以上:460 円／日
居住費(従来型個室)	利用者負担第 1 段階:550 円／日
	利用者負担第 2 段階 550:円／日
	利用者負担第 3 段階①・②:1370 円／日
	利用者負担第 4 段階以上:2000 円／日
衣類リース費	衣類の貸与 688 円／日
電気使用費	電化製品等持ち込みによる電気代 10 円／日

3. 利用料等のお支払方法

毎月10日から20日の間に受付にて現金でお支払いください。領収書を発行いたします。月途中で退所される場合は、下記の受付時間帯に当日精算していただくか、翌月10日までにお支払い下さい。

受付時間：平日・土曜 8時45分～17時30分
日曜・祝日はお支払できません。

4. サービス内容等に関する苦情相談窓口

当施設窓口	責任者：施設長 裏川公章 担当窓口：支援相談員 前川英之、荒木新治、楫田輝明 ご利用時間：8:45～17:30(平日) ご利用方法：電話(079-430-0033) 面接(1階相談室) ご意見箱(1階受付及び各詰所に設置)
施設外窓口	担当窓口：加古川市介護保険課(079-427-9220)
	担当窓口：国保連苦情相談窓口(078-332-5617)

5. 非常災害時の対策

- (1)防災設備：避難階段、避難口、療養室等の内装等の防火材使用
- (2)消防設備：屋内消火栓設備、自動火災警報設備、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、非常通報設備、漏電火災警報機、非常警報設備、誘導灯及び誘導標識、非常電源設備
- (3)消火訓練および避難訓練：年2回以上

6. 協力医療機関等

当施設では、利用者様の状態が急変した場合に、速やかに対応できるように以下の機関に協力をお願いしております。

医療機関	病院名	順心病院
	所在地	加古川市別府町別府 865-1
	電話番号	079-437-3555
歯科	病院名	船原歯科クリニック
	所在地	加古川市加古川町南備後 22-1
	電話番号	079-426-7620

7. 施設の利用にあたっての留意事項

面会	面会時間 9:00～20:00（現在、日時指定で行っています。詳しくはお尋ねください。） ご面会票にご記入のうえご面会ください。 感染症の流行等により面会制限、面会謝絶等、急遽実施する場合がありますがご了承ください。
外出・外泊	事前にサービスステーションへご連絡ください。
設備・備品	故意に破損された場合は、修繕に関わる費用を実費請求させていただくことがあります。
喫煙	館内禁煙となっております。ご協力お願いいたします。
所持品等	自己管理とし、私物には必ずお名前をお書きください。金銭・貴重品に関しては、お預かりできませんのでご了承ください。
受診	老健施設に入所中は介護保険から給付を受けておりますので、医療保険を併用することはできません。緊急・急変等で受診の際は必ず当苑入所中であることを教えてください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び、飼育はお断りいたします。

8. 緊急連絡

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先へ連絡します。

<別紙 2>

個人情報の利用目的

介護老人保健施設「加古川白寿苑」では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - － 入退所等の管理
 - － 会計・経理
 - － 事故等の報告
 - － 当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - － 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - － 利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - － 検体検査業務の委託その他の業務委託
 - － 家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - － 保険事務の委託
 - － 審査支払機関へのレセプトの提出
 - － 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - － 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - － 当施設において行われる学生の実習への協力
 - － 当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - － 外部監査機関への情報提供

<別紙3>

日用品費等 利用料の内訳

項目	日額	内 訳(年間利用料)				1日あたり (日割)	
		品名	単価	数	計		
日用品費	155 円/日	ティッシュ	120 円	36	4320 円		
		石鹸	100 円	10	1000 円		
		歯ブラシ	100 円	12	1200 円		
		歯磨き粉	300 円	4	1200 円		
		シャンプー	900 円	4	3600 円		
		リンス	900 円	4	3600 円		
		年間				14920 円	約 41 円
		その他消耗品(ペーパータオル・レクリエーション雑費等)					30 円
		バスタオル・タオル(上下)					110 円
		おしぼり					
		合計					約 181 円

* 日用品等を利用されますか？

はい ・ いいえ

肌着等リース利用料の内訳

- ① 内容 : 入所時に利用する下記商品の借受及び使用
- ② 商品 : リハビリウェア(上下)、肌着(U首シャツ)、下着(申又タイプ)、靴下
- ③ 更衣 : 基本週2回(入浴日) 汚染時は随時更衣
- ④ 料金 : 688 円/日

※万が一、利用者の方が故意に商品を破損されたり、紛失された場合は弁償していただく事があります。

* 肌着等リースを利用されますか？

はい ・ いいえ

利用開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 利用終了日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<別紙 4>

居住費の設定及び同意

* 下記住居費を支払うことに對し同意されますか？

はい ・ いいえ

多床室(460 円／日)

従来型個室(2000 円／日)

種 類	内 容
居住費(多床室)	利用者負担第 1 段階:0 円／日
〃	利用者負担第 2 段階:430 円／日
〃	利用者負担第 3 段階①・②:430 円／日
〃	利用者負担第 4 段階以上:460 円／日
居住費(従来型個室)	利用者負担第 1 段階:550 円／日
〃	利用者負担第 2 段階:550 円／日
〃	利用者負担第 3 段階①・②:1370 円／日
〃	利用者負担第 4 段階以上:2000 円／日

居宅介護支援事業者への情報提供同意

* 居宅介護支援事業者に、情報提供をすることに對して同意されますか？

はい ・ いいえ

居宅介護支援事業者 : _____

担当ケアマネジャー : _____

入所利用同意書

介護老人保健施設「加古川白寿苑」を入所利用するにあたり、利用約款及び別紙1、別紙2、別紙3、別紙4を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

重要事項説明者

令和 年 月 日

事業者 住 所 加古川町野口町坂井字西ノ大町 58-1
 事業所名 社会医療法人社団順心会 介護老人保健施設 加古川白寿苑
 代表者 理事長 栗原英治 印

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

連絡先 _____

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

※契約者と同一人である場合には、利用者欄記載の必要はございません

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

連絡先 _____

「連帯保証人は、事業所に対し、利用者が本契約上負担する債務を連帯して保証する。
 （極度額 40 万円）」

【本約款・重要事項説明書 8 項の緊急時の連絡先①、②】

① 住所 _____

氏名 _____（続柄 _____） 連絡先 _____

② 住所 _____

氏名 _____（続柄 _____） 連絡先 _____