

介護療養施設サービス 重要事項説明書



医療法人八紘会

介護療養型老人保健施設八紘会

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人八紘会 介護療養型老人保健施設 八紘会
主たる事業所の所在地	岡山県浅口市鴨方町鴨方 1081-1
法人種別	医療法人
法人番号	3260005005032
代表者の氏名	理事長 仁科 肇
電話番号	0865-44-3147

2. ご利用施設

施設の名称	医療法人八紘会 介護療養型老人保健施設 八紘会
施設の所在地	岡山県浅口市鴨方町鴨方 1081-1
事業所番号	3352780047
施設長の氏名	仁科 肇
電話番号	0865-44-3147
FAX 番号	0865-45-8565
入所定員	40 名

3. 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

- 1 医療法人八紘会が設置運営する、介護療養型老人保健施設 八紘会（以下「施設」という）は、適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の管理者や職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な介護療養型老人保健施設サービス（以下「サービス」という）を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

- 1 サービスは、入所者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その心身の状況を踏まえて、療養を妥当適切に行うものとします。
- 2 サービスは、施設サービス計画に基づき、漫然かつ画一的なものとならないよう配慮して行うものとします。
- 3 施設の従事者は、サービスの提供に当たっては懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいよう指導又は説明を行うものとします。
- 4 施設は、サービスの提供に当たっては、当該入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- 5 入所者等の人権の擁護・虐待の防止のために、責任者の選定、研修等必要な措置を講じます。

虐待防止責任者	仁科 奈々
---------	-------

- 6 施設は、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図ることとします。

4. 施設概要

(1) 居室

部屋の種類	室数	面積	1人あたりの面積
1人部屋	11	7.92 m ²	7.92 m ²
2人部屋	3	13.19 m ²	6.59 m ²
3人部屋	5	22.14 m ²	7.38 m ²
4人部屋	2	29.07 m ²	7.26 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	数	面積	特色
機能訓練室	1	109.01 m ²	訓練マット、平行棒他
談話室	1	22.56 m ²	
食堂	1	43.18 m ²	
一般浴室	1	17.48 m ²	
機械浴室	特殊浴槽 1台	17.48 m ²	特殊浴槽 1台設置
便所	5	17.48 m ²	車椅子、ブザー、自動灯
廊下		1.81 m	

5. 職員体制

従業員の職種	業務内容	人員	備考
施設長	施設業務の統括	1名	併設クリニック兼務
医師	医学的管理	2名	併設クリニック兼務
薬剤師	服薬管理	1名 (非常勤 0.3名)	
管理栄養士・栄養士	栄養管理	1名以上	調理員と兼務
看護師・准看護師	看護業務	7名以上	兼務 2名
介護福祉士・介護職	介護業務	7名以上	
理学療法士・作業療法士	リハビリ業務	1名以上	
介護支援専門員	施設サービス計画	1名以上	看護職と兼務 1名 歯科衛生士と兼務 1名
介護相談員	相談援助業務	1名以上	看護職と兼務 1名
歯科衛生士	口腔衛生管理	1名 (非常勤 0.1名)	介護支援専門員と兼務
調理員	給食管理	2名以上	(管理) 栄養士と兼務 1名以上

6. 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制
施設長	正規の勤務時間帯 (8:30~18:30)
医師	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30)

管理栄養士・栄養士	早番（ 6:00～14:00） 遅番（10:00～19:00）
看護職員	日勤（ 8:30～17:30） 夜勤（17:00～ 9:00）
介護職員	早出（ 6:30～15:00） 日勤（ 7:30～16:30） 遅出（ 9:30～18:30） 夜勤（17:00～ 9:00）
理学療法士及び作業療法士	正規の勤務時間帯（ 8:30～17:30）
介護支援専門員	正規の勤務時間帯（ 8:30～17:30）
介護相談員	日勤（ 8:30～17:30）

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（1）介護保険給付によるサービス

サービスの種別	内容
医療・看護	入所者の病状にあわせた医療・看護を提供します。 必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。 ただし、当施設では行えない手術等急性期治療については外部の施設での治療となります。 利用者が医療機関へ通院（受診）する場合は、ご家族に同行して頂きます。
食事	管理栄養士又は栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します。身体状況および病状によっては、医師の指示に基づく療養食を提供いたします。 また、管理栄養士が各入所者に最適な栄養ケア・マネジメントを実施します。 食事時間 朝 食 8 時～ 昼 食 12 時～ 夕 食 18 時～ 食事場所 できるだけ離床して食堂でお食ください。
機能訓練	医師の指導により理学療法士又は作業療法士が入所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努めます。
排泄	入所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・清拭	週 2 回以上の入浴又は清拭を行います。
離床・着替え・整容	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるように援助します。
口腔衛生	口腔衛生が維持できるよう毎食後の口腔ケアを推奨するとともに年に 2 回協力歯科医療機関が検診を行います。
シーツ交換	シーツ交換は週 1 回行います。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。

自己負担額：施設サービス費および特定診療費の 1 割または 2 割、もしくは 3 割をお支払いいただきます。

※入所中に他の医療機関を利用される場合には必ず申し出て下さい。

※1 ヶ月に支払った介護サービス費の 1 割または 2 割、もしくは 3 割負担の合計額が、所得に応じた一定の上限額を超えた場合には、『高額介護サービス費』として各市町村より払い戻しが受けられます。(初回のみ申請が必要です)

(2) 利用料金(1 単位=10 円で介護サービス費を計算。1 割負担の場合：1 単位=1 円)

1 基本料金

※入所中の外泊費 362 単位/日(外泊中は上記の介護療養施設サービス費に代わり、外泊費及び居住費を頂くことになります。ただし外泊初日及び最終日は除き、1 月に 6 日を限度とします。)

1 日負担	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
個室	758 単位	843 単位	960 単位	1,041 単位	1,117 単位
多床室	839 単位	924 単位	1,044 単位	1,121 単位	1,197 単位

2 居住費・食費

① R6 年8月1日から

1 日負担額	居住費		食費
	個室	多床室	
基本負担額	1,728 円	437 円	1,445 円
第三段階②(年金収入等 120 万円超の方等)	1,370 円	430 円	1,360 円
第三段階①(年金 80 万円超 120 万円以下の方等)	1,370 円	430 円	650 円
第二段階(年金 80 万円以下の方等)	550 円	430 円	390 円
第一段階(生活保護／老齢福祉年金受給者)	550 円	(負担なし)	300 円

3 加算料金(体制加算)

加算名	単位数
夜勤職員配置加算	24 単位/日
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 単位/日
療養体制維持特別加算(Ⅰ)	27 単位/日
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護報酬総単位数(保険負担分)×22.4%

4 加算料金

短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	258 単位/日
短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	200 単位/日
初期加算(Ⅰ)(急性期退院から 30 日間)	60 単位/日
初期加算(Ⅱ)(入所日から 30 日間)	30 単位/日
安全対策体制加算	20 単位
退所時栄養情報連携加算 1 月 1 回を限度	70 単位/月
再入所時栄養連携加算	200 単位

入所前後訪問指導加算(Ⅰ)	480 単位/回	入所前後訪問指導加算(Ⅱ)	450 単位/回
試行的退所時指導加算	400 単位/日	訪問看護指示加算	300 単位/日
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500 単位	退所時情報提供加算(Ⅱ)	250 単位
入退所前連携加算(Ⅰ)	600 単位/日	入退所前連携加算(Ⅱ)	400 単位/日
協力医療機関連携加算	100 単位/月	協力医療機関連携加算	10 単位/月
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	経口移行加算	28 単位/日
経口維持加算(Ⅰ)	400 単位/月	経口維持加算(Ⅱ)	100 単位/月
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	90 単位/月	口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110 単位/月
療養食加算(治療食)	6 単位/回	在宅復帰支援機能加算	10 単位/日
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ			140 単位
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ			70 単位
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)			240 単位
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)			70 単位
緊急時治療管理	518 単位/日	所定疾患施設療養加算(Ⅱ)	480 単位/日
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)			120 単位/月
認知症行動・心理症状緊急対応加算(緊急入所者に入所から7日間まで)			200 単位/日
リハビリテーションマネジメント計画情報加算(Ⅰ)			53 単位/月
リハビリテーションマネジメント計画情報加算(Ⅱ)			33 単位/月
排せつ支援加算(Ⅰ)	10 単位/月	排せつ支援加算(Ⅱ)	15 単位/月
排せつ支援加算(Ⅲ)	20 単位/月	自立支援促進加算	300 単位/月
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)			40 単位/日
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)			60 単位/日
高齢者施設等感染症対策向上加算(Ⅰ)			10 単位/月
高齢者施設等感染症対策向上加算(Ⅱ)			5 単位/月
新興感染症等施設療養費 発生時月に1回、連続する5日まで			240 単位/日
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)			10 単位/月

5 特別療養費

感染対策指導管理	6 単位/日	褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	6 単位/日
初期入所診療管理(入所中1回)	250 単位	重度療養管理	120 単位/日
医学情報提供	250 単位	リハビリテーション指導管理	10 単位/日

6 ターミナルケア加算

死亡日以前31日以上45日以下	80 単位/日
死亡日以前4日以上30日以下	160 単位/日
死亡日以前2日又は3日	850 単位/日
死亡日	1700 単位/日

7 介護保険給付サービス

サービスの種別	内 容	自己負担額
理髪・美容	散髪をご希望の方には訪問理容サービスをご利用いただきます。	
レクリエーション行事	当施設では、季節の行事の他、週 1 回程度レクリエーション行事を行います。 参加されるか否かは任意です。	
日常生活品の購入代行	御家族のおられない方で外出許可のない方に限り代行させていただきます。	実費をご負担いただきます。
居住環境の提供	当施設への入所に伴う居住環境（電気・水道を含む）をご提供します。	光熱水費、および個室に関しては室料に相当する費用を実費にてご負担いただきます。 詳細は 7(2)2.居住費・食費をご参照ください(※注)
食事	当施設にて食材料の調達および調理提供を行います。	食材料費および調理費に相当する費用を実費にてご負担いただきます。 詳細は 7(2)2.居住費・食費をご参照ください(※注)
特別な居室	個室をご用意しております。	実費をご負担いただきます。 個室の場合 1 日あたり 1,100 円(税込)の差額をお支払いいただきます。

(※注) 居住費および食費について、介護保険負担限度額認定を受けられている方については、証書に記載されている通りの負担額のみをお支払いいただきます。

※ その他、日常生活に必要な物品（ただしおむつを除きます。）につきましては、ご入所者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。

※ 医療について

当施設の医師で対応できる日常的な医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、手術等急性期治療のための医療、歯科、精神科等での医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

※ 病状が悪化しレントゲン撮影等が必要な場合は医療保険が適用されます。

8. 協力歯科医療機関

口腔衛生管理の為、年2回往診による歯科検診を行っています。

名称	鴨方歯科クリニック
歯科医師名	中村 由美 先生
所在地	岡山県浅口市鴨方町鴨方 152-1
電話番号	0865-44-1118

9. 協力医療機関

容体の急変等時により速やかに、より適切な診察・治療を受ける体制を構築するため、以下の協力医療機関を定め、日頃から当該医療機関へ入所者およびご家族の個人情報を含めた情報共有を行います。

名称	金光病院
医師名	難波 義夫 先生
所在地	岡山県浅口市金光町占見新田 740
電話番号	0865-42-3211

名称	上田内科クリニック
医師名	院長 仁科 肇
所在地	岡山県浅口市鴨方町鴨方 1081-1
電話番号	0865-44-3147

今後協力医療機関が増えた場合には施設内掲示板等にてお知らせいたします。

10. 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

(1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置

担当者	介護支援専門員	原 妙子
	支援相談員	川田和美
	事務長	仁科奈々
対応時間	8:30～17:30	
ご利用方法	TEL	0865-44-3147
	FAX	0865-44-3148
	面接	当施設 2 階ナースステーション
	提案箱	1 階正面玄関入口に設置

1 相談・苦情に対する常設の窓口を、病院の看護職員が担当します。

2 尚、担当者が不在でも、基本的な事項は他の職員が誰でも対応できるように研修し、相談及び苦情の内容を必ず担当者に引き継ぐよう徹底します。

※当該施設以外に下記の市町村等の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

	電 話	FAX
岡山県国民健康保険団体連合会	086-223-8811	086-223-9109
浅口市健康福祉部高齢者支援課	0865-44-7113	0865-44-7110
里庄町健康福祉課	0865-64-7211	0865-64-3618
笠岡市長寿支援課	0865-69-2139	0865-69-2180
倉敷市介護保険課	086-426-3343	086-421-4417
矢掛町福祉介護課	0866-82-1026	0866-82-1454
井原市介護保険課	0866-62-9519	0866-65-0268
広島県国民健康保険団体連合会	082-554-0783	082-511-9120
福山市介護保険課	084-928-1166	084-928-1732

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- 1 担当者は直ちに利用者側と連絡をとり、直接利用者宅に行くなどして事情を聴き、苦情内容の詳細を確認します。
- 2 管理者は全職員を招集、苦情処理に向けた検討会議を開催します。
- 3 検討会議の結果を基に処理結果をまとめ、管理者は必ず翌日までに具体的な対応を指示します。
- 4 担当者は利用者に謝罪するとともに、検討結果を説明します。
- 5 担当者は苦情処理結果記録を記載、整理する。管理者は再発防止に努めるよう全職員に徹底します。
- 6 苦情内容によっては、担当者は事業主に報告し、運営会議で審議します。

(3) 苦情があったサービス事業者に対する対応方針等

- 1 担当者は利用者からの苦情に対し、サービス計画を作成した介護支援専門員と連絡を取り、必要がある場合は、サービス計画の再検討を行っていただく。又、市町村に連絡を取り指示を仰ぎます。
- 2 管理者は、利用者からの苦情に関して岡山県国民健康保険団体連合が行う調整に協力し、又、岡山県国民健康保険団体連合からの指導、助言に従って必要な改善を行います。

(4) その他参考事項

- 1 利用者からの苦情を基にサービスの向上を図ります。
- 2 職員の資質向上のための研修に、積極的に参加するように努めます。
- 3 医療法人八紘会におけるリスクマネジメント委員会に参加し、日頃から職員の心構え、意識の向上に努めます。

11. 非常災害時の対策及び対応

災害時の対応	別途定める「医療法人八紘会 消防計画」にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	本町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	別途定める「医療法人八紘会 消防計画」にのっとり年 2 回夜間及び昼間を想定した非難訓練を実施します。
防災設備	避難階段 2 箇所

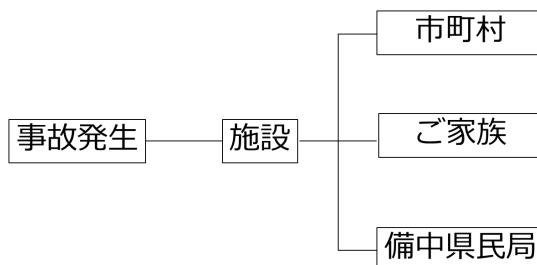
	避難器具 1 箇所 自動火災報知機 あり 誘導灯 30 箇所 ガス漏れ報知器 あり 防火扉・シャッター 4 箇所 非常通報装置 あり スプリンクラー あり カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	笠岡消防署へ届出通り

12. BCP(感染症、自然災害)及び要配慮者利用施設の避難確保計画

地理的リスク	・洪水浸水被害(想定最大規模:1000年に1度の災害想定) 0.5~3m ・土石流警戒区域
避難先	・施設内避難 ・浅口市立鴨方東幼稚園(鴨方町鴨方141 0865-44-3435)
平常時の教育	年2回(年1回の机上訓練を含む)

13. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族、県民局等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし施設の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。



14. 秘密保持および個人情報の保護について

(1) 入所者及びその家族に関する秘密の保持について

- 1 施設は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- 2 施設及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た入所者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- 3 また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- 4 施設は、従業者に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- 1 施設は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いません。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者家族の個人情報を用いません。
- 2 施設は、入所者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- 3 施設が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。）

15. サービス提供の記録について

- (1) 当施設は、入所者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を整備し、そのサービスの完結の日から最低5年間保存します。
- (2) 当施設は、入所者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、家族その他の者（入所者の代理人を含みます。）に対しては、入所者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。なお、記録の開示に当たっては、開示申請の手続きをとっていただき、事業者の承認を得るものとします。

16. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

支払い方法	現金 ※遠方の方は要相談。 請求書配布日： 毎月10日（日・祝の場合は翌日） 支払日： 毎月10日（日・祝の場合は翌日）～同月25日まで
来訪・面会	面会時間 13時30分～17時00分 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出て下さい。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出てください。
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、弁償していただくことがあります。
ジェネリック医薬品の使用について	医師の処方によっては、効果は同じですが名前、形状の異なる薬を使用する場合があります。
喫煙・飲酒	施設内禁煙となっております。飲酒は一切認めません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持金品の管理	所持金品は、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
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します。
ハラスメント行為	ご家族も含め、職員への以下のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信

ハラスメント行為（続き）	頼関係を築くためにもご協力をお願いします。 身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為 例：コップを投げつける。たたく。唾を吐く。 精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為 例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。 セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的な嫌がらせ行為 例：必要もなく手や腕をさわる。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。
---------------------	--

※入所の際には、「介護保険被保険者証」、「介護保険負担割合証」、および、お持ちの方は「介護保険負担限度額認定証」を提示してください。

私は、本書面に基づいて、施設担当者（介護支援専門員 氏名 ）から上記重要事項の説明を受け、その内容に同意します。
また、施設居住費・食費及び室料差額に関しては、施設の定める下記の料金を支払うことに同意します。

－ 記 －

☐施設居住費・食費（いずれも非課税）（単位：円／日）

支払負担額区分		料金の内用	
		食費	居住費
基準負担額	個室	1,445	1,728
	多床室	1,445	437
利用者負担 第3段階②	個室	1,360	1,370
	多床室	1,360	430
利用者負担 第3段階①	個室	650	1,370
	多床室	650	430
利用者負担 第2段階	個室	390	550
	多床室	390	430
利用者負担 第1段階	個室	300	550
	多床室	300	負担なし

☐室料差額（税込み）
（単位：円／日）

部屋	金額
個室	1,100

年 月 日

（利用者） 住 所

氏 名 印

（署名代行者） 住 所

氏 名 印

（代筆理由）
☐心身の状態低下により、自筆困難な為
☐高齢の為、自筆困難な為
☐その他（ ）

（利用者の家族等）

住 所

氏 名 印

続 柄

（事業所） 住 所

名 称 岡山県浅口市鴨方町鴨方1081-1 印