

介護保健施設サービス 重要事項説明書



社会医療法人 美杉会

2021.8

介護保健施設サービス重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護保健施設サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、ご遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は、「枚方市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」（平成25年枚方市条例第51号）の規定に基づき、介護保健施設サービス提供契約に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1 介護保健施設サービスを提供する事業者

| | |
|------------|--|
| 事業者名称 | 社会医療法人 美杉会 |
| 代表者氏名 | 理事長 佐藤 眞杉 |
| 本社所在地（連絡先） | 大阪府枚方市養父東町65番1号 （電話番号） 072-864-1811 （FAX番号） 072-868-3844 |

2 入所者へのサービス提供を担当する事業所

（1）事業所の名称・所在地等

- ・施設名 介護老人保健施設 美杉（平成10年4月1日開設）
- ・開設者 社会医療法人 美杉会 理事長 佐藤 眞杉
- ・所在地 枚方市西招提町2166番地
- ・電話番号 072-866-7111
- ・FAX番号 072-866-7110
- ・管理者 施設長 山本 仁
- ・事業所指定番号 2752480034
- ・入所定員 150名

3 施設の目的及び運営方針

（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機能訓練、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を目的とした施設です。尚、入所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）といったサービスもあわせて提供し、在宅ケアを支援します。

（2）運営方針

- ① 入所者個々の特性に応じた計画的処遇を行い、リハビリテーションやレクリエーション、生活訓練等を積極的に行うことにより早期の家庭復帰に努める。
- ② 入所者が明るく楽しみながら療養生活を送れるように家庭的な雰囲気大切に、きめ細やかなサービスの提供に努める。
- ③ 家庭や地域との結びつきを大切に、地域、家庭介護に対する啓蒙、指導に努め、施設から家庭へのスムーズな移行に備える。
- ④ 地域と密着した施設の特性を生かし、在宅介護支援の拠点として地域の要請に応えるよう努める。
- ⑤ 職員は施設の方針を理解し、その専門性を発揮するとともに互いに協調、連携しながらその目的達成

に努める。

(3) その他

| 事 項 | 内 容 |
|-----------------------|--|
| 施設サービス計画の作成 及び事後評価 | 当施設の介護支援専門員が、入所者の直面している課題等 を評価し、入所者、家族の希望を踏まえて、施設サービス計 画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果 を書面に記載いたします。 |
| 職 員 研 修 | 毎月1回以上定期的に行っています。 |

4 施設の概要について

(1) 構造等

| | | |
|-----|------------------------------|------------------------------|
| 敷 地 | 4 8 8 7 . 5 8 m ² | |
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート3階建て |
| | 延べ床面積 | 5 3 5 2 . 9 9 m ² |
| | 利用定員 | 1 5 0 名 |

(2) 居室

| 居室の種類 | 室 数 | 面積（1人当たりの面積） | 備 考 |
|-------|------|---|----------|
| 一人部屋 | 8室 | 1 2 4 . 0 5 m ² （15. 5 m ² ） | ナースコール設置 |
| 二人部屋 | 9室 | 1 9 0 . 3 2 m ² （10. 6 m ² ） | ナースコール設置 |
| 四人部屋 | 3 1室 | 1 0 7 1 . 7 9 m ² （8. 6 m ² ） | ナースコール設置 |

※2階の一人部屋（5室）は洗面、トイレ付

(3) 主な設備

| 設 備 | 室 数 | 面 積 | 備 考 |
|--------------|-----|----------------------------|-----------------|
| 食 堂 | 2 | 3 3 2 . 2 6 m ² | |
| 機能訓練室 | 1 | 2 1 4 . 6 7 m ² | |
| 浴 室 | 2 | 3 7 . 1 2 m ² | 特殊浴槽2台設置（通所と共用） |
| 診 察 室 | 1 | 9 . 6 9 m ² | |
| 談 話 室 | 2 | 7 5 . 7 m ² | |
| レクリエーション・ルーム | 1 | 5 2 . 7 3 m ² | |
| 洗 面 所 | 6 | 1 3 . 6 4 m ² | |
| ト イ レ | 8 | 1 7 4 . 7 2 m ² | ナースコール設置 |

5 施設の職員体制

| 従業者の職種 | 基準人員数 | 人員数 | 業 務 内 容 |
|-------------------------|-------|-----------------|--|
| 管理者 | 1 | 1（常勤1） | 施設業務の統括 |
| 医 師 | 1. 5 | 4（常勤1、非常勤3） | 心身の管理、健康管理等 |
| 看護職員 | 1 5 | 1 7（常勤1 5、非常勤2） | 心身の管理、身体介護等 |
| 介護職員 | 3 5 | 4 2（常勤3 3、非常勤9） | 身体介護、レクリエーション等 |
| 介護支援専門員 | 2 | 4（常勤4） | ケアプラン作成、連絡調整等 |
| 支援相談員 | 1. 5 | 4（常勤4） | 連絡調整、相談業務等 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 1. 5 | 8（常勤7、非常勤1） | 理学療法等機能回復訓練 作業療法等機能回復訓練 言語療法、嚥下訓練等 |

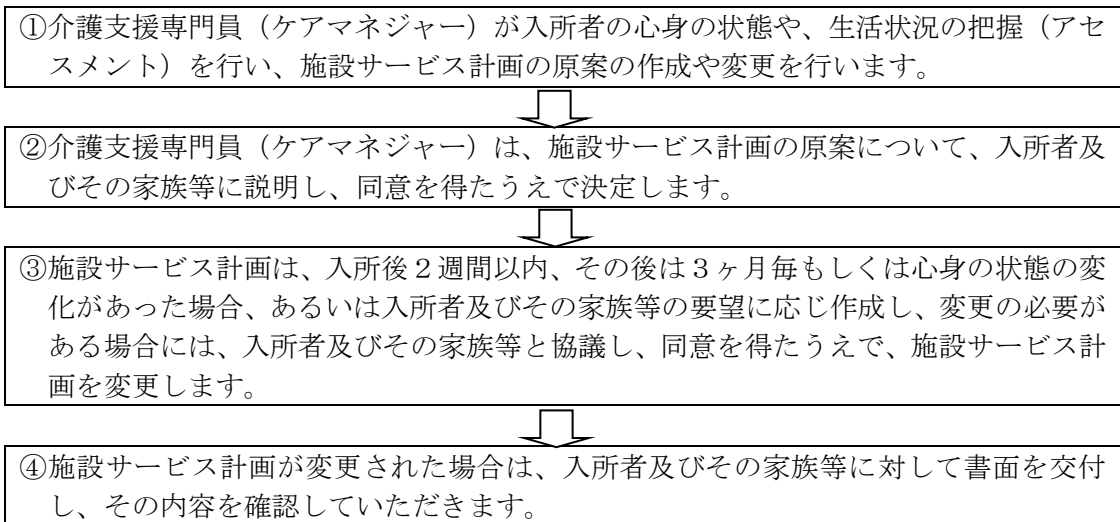
| | | | |
|-------|---|---------|------------|
| 管理栄養士 | 1 | 2 (常勤2) | 栄養指導、栄養管理等 |
|-------|---|---------|------------|

6 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|---------|---|------|
| 管理者 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:00) (医師と兼務) | 週2日制 |
| 医師 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:00) (管理者と兼務) | 週2日制 |
| 看護職員 | 日勤 (8:30~17:00) 夜勤 (16:30~9:00) | 週2日制 |
| 介護職員 | 早出 (7:00~15:30) 日勤 (8:30~17:00) 遅出 (12:00~20:30) 夜勤 (16:30~9:00) | 週2日制 |
| 介護支援専門員 | 8:30~17:00 | 週2日制 |
| 支援相談員 | 日勤 (8:30~17:15) 遅出 (12:00~20:30) | 週2日制 |
| 理学療法士 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) | 週2日制 |
| 作業療法士 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) | 週2日制 |
| 言語聴覚士 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) | 週2日制 |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯 (8:30~17:15) | 週2日制 |

7 サービス提供の流れ

入所者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針等については、入所後作成する「施設サービス計画 (ケアプラン)」で定めます。「施設サービス計画 (ケアプラン)」の作成及び変更は、次のとおり行います。



8 施設サービスの内容と利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

以下のサービスについては、居住費、食費を除き介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合に応じて介護保険から給付されます。

①食事

- 管理栄養士の立てる献立表により、入所者の身体等の状況及び嗜好を考慮し、適温に配慮し、適切な時間に食事を提供します。

【食事時間】朝 8:00~9:00 昼 12:00~13:00 おやつ 15:00~15:30 夕 18:00~19:00

②医療・看護

- 医師、看護職員が入所者の状態に照らして、適切な医療・看護を行います。

③機能訓練

- ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等により、入所者の心身の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能を回復または維持するための訓練を行うとともに、生活意欲の増進を図るために、日常生活行為を通して自立のために必要な ADL（日常生活動作）についての訓練を行います。

④入浴

- ・入浴または清拭を週 2 回以上行います。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。

⑤排泄

- ・入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

⑥相談・援助

- ・入所者及びご家族からの相談に応じます。

⑦その他の支援

- ・自立心を高めるよう、移動・移乗を介助いたします。
- ・寝たきり防止のため、でき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。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
- ・定例行事及び日々のレクリエーションを行います。

⑧介護保健施設サービス従業者の禁止行為

介護保健施設サービス従業者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ・医療行為（ただし、看護職員、理学療法士等が行う診療の補助行為を除く）
- ・入所者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ・入所者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ・身体拘束その他入所者の行動を制限する行為（入所者又は第三者等の生命や身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除く）
- ・その他入所者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

【施設サービス費／1日】利用者負担の割合が1割の場合

（夜勤職員配置加算、サービス提供体制強化加算（I）を含みます。）【非課税】

《在宅強化型》・・・施設サービスにおける在宅復帰率、ベッド回転率、重度者（要介護4・5）受入れ割合等の在宅復帰・在宅療養支援等指標などの算定要件を満たす場合

| | 個室（従来型） | 多床室 |
|------|---------|--------|
| 要介護1 | 838円 | 922円 |
| 要介護2 | 914円 | 999円 |
| 要介護3 | 979円 | 1,065円 |
| 要介護4 | 1,037円 | 1,125円 |
| 要介護5 | 1,097円 | 1,182円 |

《基本型》・・・在宅強化型施設サービス費の算定要件を満たさない場合

| | 個室（従来型） | 多床室 |
|------|---------|--------|
| 要介護1 | 795円 | 872円 |
| 要介護2 | 842円 | 922円 |
| 要介護3 | 906円 | 987円 |
| 要介護4 | 962円 | 1,040円 |
| 要介護5 | 1,015円 | 1,097円 |

※施設サービス費は、在宅復帰率、ベッド回転率、重度者（要介護4・5）受入れ割合等の在宅復帰・在宅療養支援等指標の実績などにより、毎月《在宅強化型》と《基本型》との間で変動する場合があります。

※身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研

修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。

◇地域別単価

※金額換算時に生じる小数点以下の端数は切り捨て

| | | |
|------|---------|---------|
| 枚方市 | | |
| 5 級地 | 1 単位当たり | 10.45 円 |

◇外泊時費用（1 ヶ月に 6 日を限度）

【非課税】

| | | |
|--|----------|-------|
| 外泊された場合は、通常のサービス料金に代えて外泊時費用をいただきます。外泊中は別途「居住費」がかかります。ただし、外泊初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いにはなりません。 | 362 単位/日 | 379 円 |
|--|----------|-------|

※「居住費」について、外泊中は居住費を徴収するものとします。

◇加算料金

【非課税】

| | | |
|--|----------|-------|
| 夜勤職員配置加算 | | |
| 夜勤者の数が算定要件を満たし配置されている場合 | 24 単位/日 | 25 円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | | |
| 次のいずれかに該当している場合 | | |
| ① 介護福祉士が 80%以上配置されている場合 | 22 単位/日 | 23 円 |
| ② 勤続年数 10 年以上介護福祉士が 35%以上配置されている場合 | | |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）（基本型の場合） | | |
| 在宅復帰・在宅療養支援等指標の値が 40 以上などの要件を満たす場合 | 34 単位/日 | 36 円 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）（在宅強化型の場合） | | |
| 在宅復帰・在宅療養支援等指標の値が 70 以上などの要件を満たす場合 | 46 単位/日 | 48 円 |
| 口腔衛生管理体制加算（Ⅰ） | | |
| 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を年 2 回以上行っている場合 | 90 単位/月 | 94 円 |
| 口腔衛生管理体制加算（Ⅱ） | | |
| （Ⅰ）の要件に加え、計画内容等の情報を厚生労働省へ提出し管理の実施にあたり有効的に情報を活用している場合 | 110 単位/月 | 115 円 |

※上記加算以外に、介護職員の処遇改善計画を作成、実施している場合は、介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として所定単位数の 39/1000、介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）として 21/1000 に相当する金額が加算されます。

※新型コロナウイルス感染症の特例措置として令和 3 年 9 月 30 日までの間、1/1000 が加算されます。

※在宅復帰・在宅療養支援機能加算は在宅復帰・在宅療養支援等指標などの実績により、加算される月とされない月が生じる場合があります。

◇その他の加算料金（対象者のみ）

【非課税】

| | | |
|--|----------|-------|
| 初期加算 | | |
| 入所日から 30 日以内の期間。ただし過去 3 ヶ月間（日常生活自立度Ⅲ～Mに該当する場合は 1 ヶ月間）に入所したことがない場合。 | 30 単位/日 | 32 円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算 | | |
| 早期に在宅での日常生活活動の自立性を向上させる為、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内） | 240 単位/日 | 251 円 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | | |
| 認知症の方に対して、早期の在宅復帰を目的として、短期集中的にリハビリテーションを実施した場合（入所の日から起算して 3 ヶ月以内） | 240 単位/日 | 251 円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | |

| | | |
|---|---------------|-------|
| 65歳未満の若年性認知症利用者に対して介護保健施設サービスを行った場合 | 120 単位/日 | 126 円 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 1 | | |
| 医師の判断により、認知症の行動・心理症状のため、在宅生活が困難であり、緊急に介護保健施設サービスを行った場合（入所日から7日を限度） | 200 単位/日 | 209 円 |
| 療養食加算 | | |
| 入所者の病状等に応じて、疾患治療の直接手段として発行された食事箋に基づき、療養食を提供した場合 | 6 単位/食 | 7 円 |
| 再入所時栄養連携加算 | | |
| 退所後に病院又は診療所に入院したのち、再度入所する際、管理栄養士が病院又は診療所の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合 | 200 単位/回 | 209 円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 I | | |
| 入所後 1 月以内に主治医に処方内容について変更の可能性があることを説明して合意を得て、入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、処方内容等に変更について退所時、退所 1 月内に主治医に状況報告を行い、診療録に記載した場合 | 100 単位/回 | 105 円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算 II | | |
| I を算定し、かつ服薬情報を厚生労働省に提出し、処方にあたり適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合 | 240 単位/回 | 251 円 |
| 経口移行加算 | | |
| 経管により食事を摂取する方に経口移行計画を作成し、経口による食事摂取を進めるための栄養管理・支援を行った場合 | 28 単位/日 | 30 円 |
| 経口維持加算 I | | |
| 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方に対して、多職種共同で栄養管理をするための食事の観察・会議等を行い、経口維持計画を作成し、医師の指示を受けた管理栄養士が栄養管理を行った場合 | 400 単位/月 | 418 円 |
| 経口維持加算 II | | |
| 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の観察・会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合 | 100 単位/月 | 105 円 |
| 口腔衛生管理加算 I | | |
| 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔ケアを月 2 回以上行った場合 ※口腔衛生管理体制加算を算定している場合のみ加算されます。 | 90 単位/月 | 94 円 |
| 口腔衛生管理加算 II | | |
| 口腔衛生情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生管理の実施にあたり有効的な実施のために必要な情報を活用した場合 | 110 単位/月 | 115 円 |
| 所定疾患施設療養費（I）（II） | | |
| 肺炎、尿路感染症、带状疱疹の利用者に対して、投薬、検査、注射、処置等を行った場合（開始日から7日を限度）（II）については、医師が感染症対策に関する研修を受講している場合） | （I） 239 単位/日 | 250 円 |
| | （II） 480 単位/日 | 502 円 |
| 褥瘡マネジメント加算（I） | | |
| 以下の内容を満たした場合 イ 褥瘡リスクについて入所時に評価を行い、その後 3 月に 1 回の評価を行いその結果データを厚生労働省へ提出し、褥瘡管理について必要な情報を活用 ロ 医師、看護師、管理栄養士、介護職員、介護支援専門員その他の職種にて褥瘡管理についての計画を作成 ハ 褥瘡管理の内容や入所者ごとの状態について定期的に記録 ニ イの評価に基づき、少なくとも 3 月に 1 回計画の見直し | 3 単位/月 | 4 円 |
| 褥瘡マネジメント加算（II） | | |
| （I）の結果、発生リスクのある入所者等について、褥瘡の発生がなくなった場合 | 13 単位/月 | 14 円 |

| 排せつ支援加算（Ⅰ） | | |
|---|----------|-------|
| 以下の内容を満たした場合 イ 医師または看護師が排せつに介護を要する入所者について評価し、少なくとも6月に1回、評価を行い、厚生労働省に情報を提出し、排せつ支援について当該情報を活用する ロ イの結果、原因の分析、それに基づいて支援計画を作成、実施する ハ イの結果、3月に1回、支援計画を見直す | 10 単位／月 | 11 円 |
| 排せつ支援加算（Ⅱ） | | |
| （Ⅰ）の結果、入所時と比較して、排水・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない場合、または、おむつ使用ありからなしに改善した場合 | 15 単位／月 | 16 円 |
| 排せつ支援加算（Ⅲ） | | |
| （Ⅰ）の結果、入所時と比較して、排水・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、いずれにも悪化がない場合、かつ、おむつ使用ありからなしに改善した場合 | 20 単位／月 | 21 円 |
| 地域連携診療計画情報提供加算 | | |
| 地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定して保険医療機関を退院した入所者に対して、地域連携診療計画に基づいて作成した診療計画に基づき、入所者の診療等を行うとともに、病院に対して診療情報を文書により提供した場合 | 300 単位／回 | 314 円 |
| 栄養マネジメント強化加算 | | |
| 低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同で作成した、栄養ケア計画に従い、ラウンドを週3回以上実施。リスクの低い入所者も変化を把握し早期対応を行う。また厚生労働省に栄養状態情報を提出し必要な情報を活用した場合。 | 11 単位／日 | 12 円 |

※上記加算以外に、入所前後訪問指導加算（1回 471円）、入退所前連携加算Ⅰ（1回 627円）、入退所前連携加算Ⅱ（1回 418円）、退所時情報提供加算（1回 523円）、試行的退所時指導加算（1回 418円）、訪問看護指示加算（1回 314円）、ターミナルケア加算1 1（1日 84円）、ターミナルケア加算2 1（1日 168円）、ターミナルケア加算3 1（1日 857円）、ターミナルケア加算4 1（1日 1,725円）、認知症情報提供加算（1回 360円）、リハビリマネジメント計画書情報提供加算（1回 35円）、自立支援促進加算（1月 314円）、科学的介護推進体制加算Ⅰ（42円）、科学的介護推進体制加算Ⅱ（63円）、安全対策体制加算（21円）、などをご負担いただく場合があります。

※入所者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行った場合は、緊急時治療管理（1日 542円）をいただく場合があります。

※施設での看取り対応を希望される場合、施設医師不在時（夜間帯、土曜日、日曜日、祝日など）の看取りは、外部医療機関の医師による対応となります。その場合、別途診察料や往診料などをご負担いただきます。

◎入所者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額を介護保険から払い戻す手続きをとっていただくことになります。（償還払い）

◎利用者負担の割合が2割又は3割の場合は、上記金額を2倍若しくは3倍した額が自己負担額の目安となります。他にも介護保険の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせご契約者の負担額を変更します。この場合、入所者またはご家族に変更された額をお知らせします。

◇在宅復帰・在宅療養支援等指標：下記評価項目（①～⑩）について、項目に応じた値を足し合わせた値

| | | | |
|-------------|----------|---------|---------|
| ①在宅復帰率 | 50%超 20 | 30%超 10 | 30%以下 0 |
| ②ベッド回転率 | 10%以上 20 | 5%以上 10 | 5%未満 0 |
| ③入所前後訪問指導割合 | 30%以上 10 | 10%以上 5 | 10%未満 0 |

| | | | |
|---------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
| ④退所前後訪問指導割合 | 30%以上 10 | 10%以上 5 | 10%未満 0 |
| ⑤居宅サービスの実施数 | 3サービス 5 | 2サービス 3 (訪問リハビリ含む) | 1サービス 1 0サービス 0 |
| ⑥リハビリ専門職の配置割合 | 5以上 5 (PT、OT、ST配置) | 5以上 3 | 3以上 2 3未満 0 |
| ⑦支援相談員の配置割合 | 3以上 5 | 2以上 3 | 2未満 0 |
| ⑧要介護4又は5の割合 | 50%以上 5 | 35%以上 3 | 35%未満 0 |
| ⑨喀痰吸引の実施割合 | 10%以上 5 | 5%以上 3 | 5%未満 0 |
| ⑩経管栄養の実施割合 | 10%以上 5 | 5%以上 3 | 5%未満 0 |

(2) 介護保険給付対象外サービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

①居住費・食費 (入所者の負担限度額認定証の段階に応じて、下記の金額をご負担いただきます。)【非課税】

| | 居住費／1日 | | 食費／1日 |
|-------|---------|------|--------|
| | 個室(従来型) | 多床室 | |
| 入所者負担 | 1,680円 | 685円 | 1,445円 |
| 第1段階 | 490円 | 0円 | 300円 |
| 第2段階 | 490円 | 370円 | 390円 |
| 第3段階① | 1,310円 | 370円 | 650円 |
| 第3段階② | | | 1,360円 |

※2階個室(洗面・トイレ付)については、特別な室料として、1日につき別途360円(税込)がかかります。

※「居住費」について、外泊中は居住費を徴収するものとします。ただし、外泊中のベッドを短期入所療養介護に利用する場合は、短期入所療養介護入所者より滞在費の支払いを受けるものとします

②その他利用料

- ・日用生活品費／1日 【非課税】 200円
浴用石鹸、手洗い石鹸、シャンプー、リンス、ひげ剃り、ティッシュ、ウェットティッシュ、フェイスタオル等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ・教養娯楽費／1日 【非課税】 200円
趣味活動等(書道、手芸、刺繍、園芸など)で使用する費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ・理美容代 【非課税】
カット2,200円、シャンプー700円、顔(ひげ)そり700円、毛染め5,000円、パーマ5,000円をお支払いいただきます。
- ・私物の洗濯代／1回 【非課税】 600円
私物の洗濯を施設に依頼される場合にお支払いいただきます。
- ・文書料【税込】 証明書(1通)1,100円 診断書(1通)2,200円、3,300円

(3) 利用料等の変更

- ①当施設は、利用料等の変更(増額又は減額)を行おうとする場合には、重要事項説明書の一部を変更する文書を作成し、利用料等の変更の予定日から1ヶ月以上の期間において、入所者にその内容を知照するものとします。
- ②入所者が利用料等の変更を承諾する場合には、契約の一部変更契約を当施設と締結します。
- ③入所者は利用料等の変更を承諾しない場合には、その旨を当施設に文書で通知することで、この契約を解除することができます。

9 料金のお支払い方法

当施設は前月料金の合計額を下記の方法でお支払いいただきます。

(1) 口座振替の場合

前月料金の合計額の請求書を、希望される送付先に毎月20日頃に郵送し、その月の27日（金融機関休業日の場合翌営業日）に、当該合計額を指定口座より引き落としにてお支払いいただきます。領収書は口座振替を確認した後、翌月の請求書郵送の際に同封して発行します

(2) 現金支払いの場合

前月料金の合計額を15日までに受付窓口にてお支払いいただきます。その際に領収書をお渡ししますので、大切に保管して下さい。

(3) クレジットカード・デビットカードでのお支払いの場合

前月料金の合計額を15日までに受付窓口にてお支払いいただきます。その際に領収書をお渡ししますので、大切に保管して下さい。

(4) 支払い方法等の変更について

支払い方法、指定口座の変更、郵送先住所等の変更がございましたら下記までご連絡下さい。

| | |
|----------------------|-------------------|
| 社会医療法人美杉会 総務部 事務係 | 電話番号：072-864-1811 |
|----------------------|-------------------|

10 施設を退所していただく場合（契約終了について）

当施設は、入所者及びその家族等に対し、次に掲げる場合には、本契約に基づく入所利用を解除・終了することができます。

- ①入所者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ②当施設において定期的の実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活ができると判断された場合
- ③入所者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合
- ④入所者及び家族が、本契約に定める利用料金を2ヶ月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合
- ⑤入所者が、当施設、当施設の職員又は他の入所者等に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

11 円滑な退所のための援助について

入所者が当施設を退所する場合には、入所者及びその家族の希望により、施設は入所者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な以下の援助を入所者及びその家族に対して速やかに行います。

- ・適切な病院もしくは診療所又は介護療養型医療施設等の紹介
- ・居宅介護支援事業所の紹介
- ・その他保健医療サービス又は福祉サービス事業者の紹介
- ・サービス終了後の相談窓口について

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| 当施設における相談窓口担当者・職種 | 担当者：支援相談員 電話番号：072-866-7111 |
|-------------------|--------------------------------|

12 サービスの提供にあたって

- ①サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当施設にお知らせください。

- ②入所者が要介護認定を受けていない場合は、入所者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- ③サービス提供にあたっては、入所者及び家族の意向を踏まえて、「施設サービス計画」を作成します。なお、作成した「施設サービス計画」は、入所者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- ④サービス提供は、「施設サービス計画」に基づいて行います。なお、「施設サービス計画」は入所者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- ⑤介護保健施設サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当施設が行いますが、実際の提供にあたっては、入所者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

1.3 事業所の責務について

(1) 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、そのサービスを提供した日から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。

(2) 秘密保持及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

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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、その秘密を保持するべき旨を、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

- ・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。
- ・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。
- ・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。）

(3) 賠償責任について

サービスの提供に伴って、施設の責めに帰すべき事由により、入所者の生命・身体及び財産等を傷つけた場合にはその範囲において入所者に対しその損害を賠償します。ただし、その損害の発生については、入所者が故意または過失が認められる場合には、その程度に応じて施設の損害賠償責任は軽減されます。施設は、サービス提供により事故が発生した場合に備えて、損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入するものとします。

(4) 事故発生時の対応について

- ①事故が発生した場合の対応、次号に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針（マニュアル）を整備します。
- ②事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- ③事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- ④施設は、入所者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- ⑤施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- ⑥施設は、入所者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | |
|---|--|
| 【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部 福祉指導監査課 | 所在地 枚方市大垣内町2丁目1-20 電話番号 072-841-1468（直通） ファックス番号 072-841-1322（直通） 受付時間 9:00～17:30（土日祝は休み） |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏名 続柄（ ） 住所 電話番号 携帯番号 勤務先 |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏名 続柄（ ） 住所 電話番号 携帯番号 勤務先 |

なお、当施設は下記の損害賠償保険に加入しています。

| | | |
|--------------|-------|-------------------------------|
| 損害賠償 責任保険 | 保険会社名 | 損害保険ジャパン日本興亜株式会社 |
| | 加入保険名 | 日本病院会 病院賠償責任保険 |
| | 補償の概要 | 1事故につき 200,000 千円 |
| 自動車保険 | 保険会社名 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| | 加入保険名 | 一般自動車総合保険 |
| | 補償の概要 | 対人・対物無制限、人身傷害 5,000 万円（1名につき） |

（5）緊急時の対応について

現にサービス提供を行っている時、または居宅サービス事業者等から入所者の病状急変の連絡が入った時等、速やかに主治医の医師及び緊急連絡先に連絡を取り必要な措置を講じます。

| | | |
|---------|-------------------|--|
| 主治 医 | 所属医療機関名と その所在地 | |
| | 主治医氏名 | |
| | 電話番号 | |

（6）身体拘束について

入所者に対する身体拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし、ご契約者または他の入所者等の生命、身体を保護するために緊急やむを得ない場合には、記録に記載する等、適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

（7）高齢者虐待防止について

当施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 事務長・田中 敬 |
|-------------|----------|

②研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

③個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

④従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(8) 褥瘡防止について

当施設は、入所者に対し良質なサービスを提供する取り組みとして、褥瘡が発生しないような適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備します。

(9) 非常災害時の対策

非常時には、施設の管理者（不在の場合は、予め管理者が指名した者）の誘導のもと、速やかな避難を行います。また年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を入所者の方も参加していただき行います。

| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
|-------------|------|-------------|---------|-----|
| | 避難階段 | 3箇所 | 屋内消火栓設備 | 9箇所 |
| 避難口（非常口） | 15箇所 | スプリンクラー | | |
| 防火扉、防火シャッター | 19箇所 | 自動火災報知機・誘導灯 | | |

| | |
|--------------------|-----------|
| 災害対策に関する担当者（防火管理者） | 介護士長・大寺 優 |
|--------------------|-----------|

(10) 苦情対応について

介護保険制度では、入所者に安心してサービスを受けていただくため、下記の通り苦情・相談等窓口を設置し迅速かつ適切に対応できるよう体制を整えています。

①事業者の窓口

入所者及び施設サービス事業者双方との直接の接点となることから、施設サービスに対する苦情に関し、その内容を十分把握するとともに関係機関と連携しながら迅速かつ適切な対応を行います。

②市町村の窓口

入所者の苦情等全般に対する直接的な窓口として各関係機関と連携を図りながら、苦情処理情報の集約・調整を行います。

③大阪府国民健康保険団体連合会

市町村において処理困難な苦情に対応し、施設サービス事業者等に対し必要に応じ改善に向けた指導・助言を行います。

| 【事業者の窓口】 | |
|----------------------------------|---|
| 社会医療法人美杉会 総務部 部長 | (所在地) 大阪府枚方市養父東町65番1号 (電話番号) 072-864-1811 (FAX番号) 072-868-3844 (受付時間) 午前9時から午後5時(日・祝日休) |
| 【市町村の窓口】 | |
| 枚方市役所 健康福祉部 地域健康福祉室 長寿・介護保険担当 | (所在地) 大阪府枚方市大垣内町2-1-20 (電話番号) 072-841-1460(直通) (FAX番号) 072-844-0315 (受付番号) 午前9時から午後5時30分(土日・祝日休) |
| 【大阪府の窓口】 | |
| 大阪府 福祉部 高齢介護室 介護事業者課 施設指導グループ | (所在地) 大阪府大阪府中央区大手前2-1-22 (電話番号) 06-6944-7106 (FAX番号) 06-6944-6670 (受付時間) 午前9時から午後5時(土日・祝日休) |
| 【公的団体の窓口】 | |

| | |
|----------------|---|
| 大阪府国民健康保険団体連合会 | (所在地) 大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8 FNビル内 (電話番号) 06-6949-5418 (受付時間) 午前9時から午後5時(土日・祝日休) |
|----------------|---|

(11) 衛生管理等について

- ①施設の用に供する施設、食器、その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ②施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- ③食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

1.4 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、入所者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

①協力医療機関

- ・名称 社会医療法人 美杉会 佐藤病院
- ・住所 枚方市養父東町65番1号
- ・電話番号 072-850-8711
- ・診療科目 内科・外科・整形外科・眼科・泌尿器科・皮膚科・脳神経外科・形成外科

②協力歯科医療機関

- ・名称 陰山歯科医院
- ・住所 枚方市岡山手町5-18
- ・電話番号 072-841-2096

1.5 施設利用にあたっての留意事項

- ①サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を確認させていただきます。
- ②治療につきましては、当施設医師の指示に従ってください。眼科、歯科など他医の受診が必要な場合は必ず当施設の紹介状をお持ち下さい。
- ③集団生活ですので「和」を大切にし、他の人に迷惑がかからないようお願い致します。
- ④面会時間は平日9時から20時、日祝日は9時から17時となっております。
- ⑤外出・外泊などの場合は、許可を得たうえで届け出用紙に外出先、日時、食事の有無などを記入し、必ず事前にお知らせ下さい。
- ⑥利用料金は期日までに所定の方法にてお支払い下さい。
- ⑦施設内の設備や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、弁償していただく場合があります。
- ⑧現金、貴重品等は原則として所持していただかないようお願い致します。所持金品や貴重品等の紛失について当施設では責任を負えませんのでご了承下さい。
- ⑨施設内での営利行為、宗教活動、特定の政治活動等は禁止しております。
- ⑩職員への次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。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。
 - ア) 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。
 - イ) 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。
 - ウ) 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。

1 6 その他、施設ご利用に際して

(1) 居室・療養棟の変更について

感染症等が発症し、他の入所者へ感染する恐れがある場合は、個室への変更をお願いすることがあります。また、身体や精神状況により、他の入所者へ迷惑がかかり共同生活が困難になった場合は、療養棟の変更や退所をお願いすることがあります。ご理解、ご協力をお願いいたします。

1 7 重要事項説明の年月日

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

上記内容について「枚方市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例」(平成25年枚方市条例第51号)の規定に基づき、入所者に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|-----------------|
| 事業者 | 所在地 | 大阪府枚方市養父東町65番1号 |
| | 法人名 | 社会医療法人 美杉会 |
| | 代表者氏名 | 理事長 佐藤真杉 |
| | 事業所名 | 介護老人保健施設 美杉 |
| | 説明者氏名 | |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

| | | |
|-----|----|--|
| 入所者 | 住所 | |
| | 氏名 | |

| | | |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | |

| | | |
|-----|----|--|
| 代筆者 | 住所 | |
| | 氏名 | |