

介護老人保健施設入所重要事項説明書

1. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

医療法人 宏友会が開設する老人保健施設うらら（以下「事業所」という）が行う介護保健施設サービス（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の医師を始めスタッフ一同（以下「職員等」という）が要介護状態にある高齢者に対し、適正な介護保健施設サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

当施設は、前条の目的を達成するため次のことを方針として運営されます。

1. 老人福祉処遇の質の確保と向上に努めます。特別養護老人ホームまたは、家庭と病院との中間処遇をベースにした看護を行います。
2. 医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行います。医療面の偏重（過剰医療、過小医療）を避け、生活援助の場としての施設を原則にバランスのとれた処遇に努めます。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	老人保健施設うらら
所在地	〒999-8134 山形県酒田市本楯字前田127-2 電話番号 0234-28-3131
サービスの種類	介護老人保健施設
介護保険事業者番号	山形県第0650880024号

(2) 職員の体制

1. 施設長（医師）	1名	（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションと兼務）
2. 医師（非常勤）	1名	（通所リハビリテーションと兼務）
3. 看護師	11名	（通所リハビリテーションと兼務2名・他事業所と兼務1名を含む）
4. 介護職員	43名	（内、介護福祉士35名、認定特定行為従事者21名：6月より2名追加） （歯科衛生士と兼務1名を含む）
5. 支援相談員	3名	
6. 理学・作業療法士	5名	（訪問リハビリテーションと兼務）
7. 言語聴覚士	1名	（通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションと兼務）
8. 事務職員	2名	
9. 管理栄養士	2名	（通所リハビリテーションと兼務）
10. 厨房職員	12名	（通所リハビリテーションと兼務）
11. その他の職員	2名	（通所リハビリテーションと兼務2名を含む）
12. 介護支援専門員	2名	（介護職員と兼務1名）
13. 歯科衛生士	1名	（介護職員と兼務）

(3) 看護・介護職員の勤務体制

24時間体制。但し、夜勤帯(20:00～翌7:00)は、看護師1名、介護職員4名で対応。

3. サービスの内容

◇ケアサービス

～利用者の意志を尊重した生活目標を立て、利用者の有する能力を評価し自立した日常生活を過ごしていただけるよう、施設サービス計画に基づいてサービスが提供されます。この計画は、利用者にかかわ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、利用者及び後見人・扶養者の希望を取り入れ、また、計画の内容については同意いただくようになります。

- ・医療：介護老人保健施設は、入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤していますので、ご利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。尚、特定行為(喀痰吸引・経管栄養等)は認定特定行為業務従事者が行う場合があります。
- ・介護：施設サービス計画に基づいて実施します。施設サービス計画の作成に関しては、別紙契約書第4条に記載した通りです。
- ・リハビリテーション：原則として機能訓練スペースで行いますが、居室及び施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待するものです。
- ・認知症のケア：認知症の利用者に対する身体抑制および物理的抑制（居室の施錠による管理など）は行わず介護をします。そのために起こりうる事故についてのご理解とご了解をお願い致します。

◇生活サービス

～施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう常に利用者の立場に立って運営しており、療養室は個室、2人部屋、4人部屋があります。

- ・食事：朝食 8：00より 昼食 12：00より 夕食 18：00より
*食事は原則として食堂でおとりいただきます。また、経管栄養の方については、ご希望や介護計画に沿って食事場所を決定します。食事の提供：祝祭日や記念行事には季節料理をお楽しみいただけます。飲み込みの障害の評価に基づき、ご本人にあったものを用意させていただきます。
- ・入浴：週に最低2回。但し、利用者の身体状況に応じて清拭となる場合があります。
- ・理美容：ご本人・ご家族の申し出により理美容の予約を入れさせていただきます。なお理美容サービスは別途料金をいただきます。

4. サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する7日前までにお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

利用者に対しサービスを提供することが困難であると判断した場合、サービス終了のご相談をさせていただきます。入院治療が必要な場合には、適切な病院又は診療所をご紹介します。

③自動終了

- (1)利用者の要介護認定区分が、要支援又は非該当（自立）と認定された場合
- (2)利用者が死亡した場合

④その他

ア)次の場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

- (1)事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- (2)事業者が守秘義務に反した場合
- (3)事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- (4)事業者が破産した場合

イ)次の場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

- (1)利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、事業者が利用者に対し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
- (2)利用者又はその家族が事業者やサービス従業者に対し、この契約を継続し難い背信行為（ハラスメント：介護職員や他の利用者に対する故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等も含む）を行った場合

5. 高齢者虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、虐待発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針整備、研修の実施、担当者の設置等必要な措置を講じています。

6. 緊急時又は事故発生時の対応

① 容態変化等の緊急時の対応

入所中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、緊急連絡先等へ連絡します。

② 事故発生時の対応

(1) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、当事業所は事前の打ち合わせに従い、緊急連絡先へ連絡し、また重大事故と判断をした場合は、保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

庄内総合支庁 福祉担当課 (TEL 0234-66-5460 FAX 0235-66-4053)

(2) 事故防止のため、委員会等において転倒、転落、誤飲、誤嚥、無断離設などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知徹底すると共に、事故が生じた際にはその原因を解明し、対策を講じます。

緊急連絡先	氏名	続柄／関係
	電話番号	

7. 協力医療機関等

(医療機関)

病院名：地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構

所在地：山形県酒田市あきほ町30番地 電話番号：0234-26-2001

入院設備：有り（日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院）

病院名：医療法人健友会 本間病院

所在地：山形県酒田市中町3丁目5-23 電話番号0234-22-2556

入院設備：有り（本間病院）

病院名：医療法人宏友会 上田診療所

所在地：山形県酒田市上野曾根上中割73 電話番号：0234-27-3306

(歯科医療機関)

機関名：本間歯科医院

所在地：酒田市中町3-7-18 電話番号：0234-22-0577

8. 相談、苦情等の処理について

・相談・苦情に対する常設の窓口

担当責任者 老人保健施設うらら 矢島慎也 (電話番号) 0234-28-3131

・苦情処理窓口は、下記の他公的機関にも設置されています。

(窓口) 山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス推進室

(電話番号) 0237-87-8006

(窓口) 酒田市健康福祉部高齢者支援課 介護保険給付係

(電話番号) 0234-26-5363

9. 当事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 宏友会
代表者役職・氏名	理事長 矢島恭一
本部住所	〒999-8162 山形県酒田市上野曽根字上中割73番地 電話番号 0234-27-3306
定款の目的に定められた事業	上田診療所 介護老人保健施設うらら 居宅介護支援事業所 上田診療所 在宅介護支援センター うらら 居宅介護支援事業所 在宅介護支援センターうらら 訪問介護サービス うららホームヘルプサービス 認知症対応型グループホーム ほなみ 酒田市地域包括支援センター ほくぶ 通所介護事業所 デイサービス あい・たくせい 喀痰吸引等登録研修機関

10. その他

①物品破損、紛失について

・持ち込み物品については原則個人管理となり、紛失及び破損については自己責任であることをご了解頂いた上で持ち込み、紛失及び破損の責任についても当施設は負わないこととなります。なお入所時の持ち込み及び追加物品の場合は随時説明と同意を得るものとします。

・当施設物品等における利用者に対する責任のある破損及び紛失の場合は、利用者又は家族（扶養者）、連帯保証人に損害を賠償していただきます。

②転院、受診、外出、外泊の送迎について

入所、退所（ご自宅等）を除く施設外への送迎は原則個人負担（介護タクシーなどの利用）とし、家族（扶養者）の付き添いを必要となります。例外としては要医療状態などであり、当施設の主治医より指示があった場合、介護計画上必要とするものについては当施設により送迎及び付き添いを行うこととします。

11. 利用料金

ア) 介護保険負担割合・要介護度・居室によって1日につき次の料金をお支払いいただきます。

※下記の施設サービス費は、介護保健施設サービス費【超在宅強化型】の料金となります。

なお【基本型】算定の場合は料金が変更となります。

イ) 支払方法

前月料金の合計額の請求書および明細書を、毎月10日までに送付いたします。利用者および連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までにお支払いください。また支払いの方法は銀行振込みを原則としますが事情によっては現金での支払いにも対応いたします。施設職員にご相談下さい。

利用料金（※介護保険負担割合2割及び3割の利用料金は別紙とします）

多床室（4人部屋）ご利用

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険施設サービス費（Ⅰ）（iv）	¥871	¥947	¥1,014	¥1,072	¥1,125
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥22	¥22	¥22	¥22	¥22
栄養マネジメント強化加算	¥11	¥11	¥11	¥11	¥11
夜勤職員配置加算	¥24	¥24	¥24	¥24	¥24
居住費（注2）	¥750	¥750	¥750	¥750	¥750
食費（注2）	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110	¥110	¥110	¥110
合計	¥3,418	¥3,494	¥3,561	¥3,619	¥3,672

多床室（2人部屋：TV・冷蔵庫完備）ご利用

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険施設サービス費（Ⅰ）（iv）	¥871	¥947	¥1,014	¥1,072	¥1,125
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥22	¥22	¥22	¥22	¥22
栄養マネジメント強化加算	¥11	¥11	¥11	¥11	¥11
夜勤職員配置加算	¥24	¥24	¥24	¥24	¥24
居住費（注2）	¥750	¥750	¥750	¥750	¥750
特別な室料（税込）	¥440	¥440	¥440	¥440	¥440
食費（注2）	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110	¥110	¥110	¥110
合計	¥3,858	¥3,934	¥4,001	¥4,059	¥4,112

あじさい棟個室（TV・冷蔵庫・電話完備）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ii）	¥788	¥863	¥928	¥985	¥1,040
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥22	¥22	¥22	¥22	¥22
栄養マネジメント強化加算	¥11	¥11	¥11	¥11	¥11
夜勤職員配置加算	¥24	¥24	¥24	¥24	¥24
居住費（注2）	¥1,680	¥1,680	¥1,680	¥1,680	¥1,680
特別な室料（税込）	¥440	¥440	¥440	¥440	¥440
食費（注2）	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110	¥110	¥110	¥110
合計	¥4,705	¥4,780	¥4,845	¥4,902	¥4,957

つばき棟個室ご利用の場合

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険施設サービス費（Ⅰ）（ii）	¥788	¥863	¥928	¥985	¥1,040
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	¥22	¥22	¥22	¥22	¥22
栄養マネジメント強化加算	¥11	¥11	¥11	¥11	¥11
夜勤職員配置加算	¥24	¥24	¥24	¥24	¥24
食費（注2）	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630	¥1,630
居住費（注2）	¥1,680	¥1,680	¥1,680	¥1,680	¥1,680
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110	¥110	¥110	¥110
合計	¥4,265	¥4,340	¥4,405	¥4,462	¥4,517

※レクリエーション時等利用者の同意のもと施設で用意した物を使用した場合にご負担頂きます。

※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算として、所定単位数に介護保険で定められた単位数を加算し、別途請求いたします。

※負担限度額認定を受けている場合は負担限度額認定証に記載の食費・居住費とします。

（介護保険以外）

- ・家族介護訓練室使用料 3,850円／泊（税込） ・追加寝具代 110円（税込）
- ・診断書料A 2,200円／通（税込） ・診断書料B 4,400円／通（税込）
- ・ご家族等食事代 朝食 350円、昼食 690円、夕食 590円／各1食当たり（税込）

※その他、利用者が負担することが適当と認められる費用（持ち込みの電化製品利用時の電気料金など）、催事参加費、外注クリーニング代、やむを得ない理由で洗濯をした場合の洗濯代、理容料等は別途実費をいただきます。

入所 加算一覧

令和6年4月～

加算内容	単位数	備考
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位/日	
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位/日	
安全対策体制加算	20 単位/回	施設内に安全対策部門を設置し、安全対策を組織的に実施する体制が整備されている場合
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40 単位/月	入所者ごとの心身・疾病・服薬情報の状況等の基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60 単位/月	
夜勤職員配置加算	24 単位/日	
栄養マネジメント強化加算	11 単位/日	
自立支援促進加算	300 単位/月	
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	258 単位/日	理学療法士等が集中的なりハビリテーションを行った場合（入所3カ月以内・20分以上/回） 週三回実施
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	200 単位/日	
外泊時費用	362 単位/日	
ターミナルケア加算（死亡日45日～31日前）	72 単位/日	医師から回復の見込みがないと判断された入所者に対し、ターミナルケアに係る計画を作成し、説明、実施した場合
ターミナルケア加算（死亡日30日～4日前）	160 単位/日	
ターミナルケア加算（死亡日前々日及び前日）	910 単位/日	
ターミナルケア加算（死亡日）	1900 単位/日	
初期加算（Ⅰ）	60 単位/日	入所日より起算30日以内の期間
初期加算（Ⅱ）（入所日より30日間）	30 単位/日	
入所前後訪問指導（Ⅰ）	450 単位/回	入所予定日30日前以内又は入所後7日以内に退所後生活する居宅を訪問し退所を目的とした施設サービス計画を策定及び診療方針の決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに退所後の生活に係る支援経過を策定した場合
入所前後訪問指導（Ⅱ）	480 単位/回	
試行的退所時指導加算	400 単位/回	
入退所前連携加算（Ⅰ）	600 単位/回	入所予定日前30日以内又は入所後30日以内に、退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅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 単位/回	退所前に在宅担当介護支援専門員へ必要な調整を行った場合
退所時情報提供加算（Ⅰ）	500 単位/回	退所後の主治医に対して、文書にて診療状況等を示した場合
退所時情報提供加算（Ⅱ）	250 単位/回	
訪問看護指示加算	300 単位/回	退所時に訪問看護指示書を交付した場合
再入所時栄養連携加算	200 単位/回	再入所時に栄養ケア計画を策定した場合
経口移行加算	28 単位/日	経管摂取者に経口摂取を進める為に医師の指示に基づく栄養管理を行う場合（180日限度）
経口維持加算（Ⅰ）	400 単位/月	誤嚥が認められる者を対象（6ヶ月以内）
経口維持加算（Ⅱ）	100 単位/月	上記加算に言語聴覚士が加わった場合

口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90 単位／月	加算（Ⅰ）の要件に加え、口腔衛生等の管理に関する計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110 単位／月	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51 単位／日	在宅復帰・在宅療養支援等指標が 70 を超えた場合
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）（イ）	140 単位／回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）（ロ）	70 単位／回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	240 単位／回	
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	100 単位／回	
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅰ）	53 単位／月	多職種が協働し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅱ）	33 単位／月	
緊急時治療管理	518 単位／日	該当者（月に 1 回、3 日を限度）
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239 単位／日	該当者（月に 1 回、10 日を限度）医師が感染対策に関する研修を受講している場合
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480 単位／日	
排せつ支援加算（Ⅰ）	10 単位／月	他職種が共同して、排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づいた支援計画を作成、支援計画に基づく支援を継続して実施した場合
排せつ支援加算（Ⅱ）	15 単位／月	加算（Ⅰ）の要件に加え、入所時と比較して、排せつの状態の悪化がない、又は改善している場合
排せつ支援加算（Ⅲ）	20 単位／月	
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 単位／月	継続的に入所者ごとの褥瘡管理をした場合
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13 単位／月	加算（Ⅰ）の要件に加え、入所時の評価の結果、褥瘡発生リスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生が無い場合
新興感染症等施設療養費	240 単位／日	感染症に対する相談・診療・入院対応など。1 月に 1 回連続 5 日間を限度
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10 単位／月	感染症発生時に協力医療機関と連携し適切に対応をしている
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 単位／月	医療機関から 3 年に 1 回感染制御に関する実地指導を受けている
協力医療機関連携加算	100 単位／月	協力医療機関との間で入所者等の同意を得て情報共有を行う
生産性向上推進加算	10 単位／月	ICT 活用に関する取り組みをしていること
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数 に 7.5% 乗ず	

令和 年 月 日

介護老人保健施設の入所サービス提供に当たり、利用者に対して契約書及び本誌面に基づき、重要事項を説明しました。

住 所 山形県酒田市本楯字前田127-2
名 称 老人保健施設うらら（介護保険事業者番号：0650880024）
医療法人 宏友会
代表者名 理事長 矢島 恭一
電話番号：0234（28）3131 FAX：0234（28）3232

令和 年 月 日

私は契約書及び本誌面により、事業者から介護保健施設サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

氏 名 _____

連帯保証人/身元引受人①

氏 名 _____

身元引受人②

氏 名 _____

後見人など（選任されている場合）

氏 名 _____

職 名 _____