

## 介護老人保健施設のぞみ重要事項説明書

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

- ・施設名 医療法人杉村会 介護老人保健施設のぞみ
- ・開設年月日 平成9年1月20日
- ・所在地 熊本市中央区本荘3丁目7番18号
- ・電話番号 096-371-3399 ・ファックス番号 096-371-3505
- ・管理者名 施設長 西川 博
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（4350180149 号）

#### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

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、短期入所療養介護や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下さい。

#### [運営方針]

- 1 当施設では、利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下におけるリハビリテーション、看護、介護その他日常的に必要なとされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指す。
- 2 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- 3 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- 4 当施設では、明るく家庭的雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごせるようサービス提供に努める。
- 5 サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- 6 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、外部への情報提供については、必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ることとする。

(3) 施設の職員体制

|          | 常 勤   | 非常勤 | 夜 間 | 備 考    |
|----------|-------|-----|-----|--------|
| ・医師      | 1     |     |     |        |
| ・看護職員    | 8人以上  |     | 1   |        |
| ・薬剤師     |       | 1   |     |        |
| ・介護職員    | 17人以上 |     | 3   |        |
| ・支援相談員   | 2     |     |     |        |
| ・理学療法士   | 6     |     |     |        |
| ・管理栄養士   | 2     |     |     |        |
| ・介護支援専門員 | 1     |     |     |        |
| ・事務職員    | 2     |     |     |        |
| ・その他     | 7     |     |     | 調理職員含む |

(4) 入所定員等 ・定員 74名

・療養室 特室 1室、 個室 5室、 2人室 6室、 4人室 14室

(5) 通所定員 30名(2単位)

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
  - ② 介護予防短期入所療養介護計画の立案
  - ③ 短期入所療養介護計画の立案
  - ④ 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
  - ⑤ 通所リハビリテーション計画の立案
  - ⑥ 食事(食事は原則として食堂でおとりいただきます。)朝食 8:00～  
昼食 12:00～  
夕食 17:00～
  - ⑦ 入浴(入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)
  - ⑧ 医学的管理・看護
  - ⑨ 介護(退所時の支援も行います)
  - ⑩ リハビリテーション
  - ⑪ 相談援助サービス
  - ⑫ 栄養マネジメント等の栄養状態の管理
  - ⑬ 理美容サービス(毎月第4月曜日)
  - ⑭ 基本時間外施設利用サービス(何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用)
  - ⑮ 行政手続代行
  - ⑯ その他
- \*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談下さい。

### 3. 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、利用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。

- ・ 協力医療機関
  - ・ 名 称 医療法人杉村会 杉村病院
  - ・ 住 所 熊本市中央区本荘3丁目7番18号
- ・ 協力歯科医療機関
  - ・ 名 称 医療法人永裕会 ノゾミ歯科医院
  - ・ 住 所 熊本市中央区本荘4丁目7番21号

### ◇緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

### 4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・ 面会 面会時間 9:00～17:30  
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ください。
- ・ 外出・外泊  
外出・外泊の際には、必ず所定の届け出用紙にてご提出下さい。
- ・ 喫煙  
決められた場所以外での喫煙はご遠慮下さい。
- ・ 居室・設備・備品の利用  
施設内の居室や設備、備品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、弁償いただく場合があります。
- ・ 所持品・備品等の持ち込み及び金銭・貴重品の管理  
施設ご利用中、貴重品、現金の持ち込みは極力お避け下さいますようお願い致します。やむを得ず、お持ちになる場合は、自己の責任で管理してください。  
但し、眼鏡・義歯・補聴器等自己の責任で管理が不可能であると判断した場合はご家族の同意を得たうえで施設にてお預かりさせていただくこともあります。  
但し、上記の理由でお預かりをお願いした時、利用者本人様の預かりによる不穩、拒否等でお預かり出来ない場合は、万が一紛失・破損等が生じましても当方は責任を負いかねますので、その旨あらかじめご了承の程お願いいたします。  
また、入所中に新たに持ってこられた貴重品等に関しては必ず職員に申し出てください。
- ・ 外泊時等の施設外での受診  
入所者に必要な日常的な医療については当施設の医師やスタッフが担当することとされておりますので、まずは施設にご相談下さい。
- ・ 宗教活動・政治活動  
施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

### 5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、防火扉、シャッター、誘導灯、避難階段、自動火災報知機、ガス漏れ探知機
- ・ 防災訓練 年2回（うち1回は夜間想定）

### 6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

## 7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談下さい。

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、食堂・デイに備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

### 《利用者苦情相談窓口》

介護老人保健施設 のぞみ

TEL：096-371-3399

熊本市役所 高齢者支援部 介護事業指導課

TEL：096-328-2793

## 8. 入所時のリスクについて

当施設では利用者が快適な生活を送られますように、安全な環境作りに努めておりますが、利用者の身体状況や病気に伴う様々な症状が原因により、下記の危険性が伴うことを十分にご理解下さい。

- ・ 歩行時の転倒、ベッドや車椅子からの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷の恐れがあります。
- ・ 老人保健施設は、リハビリ施設であること、原則的に拘束を行わないことから、転倒・転落による事故の可能性があります。
- ・ 高齢者の骨はもろく、通常に対応でも容易に骨折する恐れがあります。
- ・ 高齢者の皮膚は薄く、少しの摩擦で表皮剥離がしやすい状態にあります。
- ・ 高齢者の血管はもろく、軽度の打撲あっても皮下出血が出来やすい状態にあります。
- ・ 加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の危険性が高い状態にあります。
- ・ 高齢者であることにより脳や心臓の疾患により、急変・急死される場合もあります。
- ・ 本人の全身状態が急に悪化した場合、当施設医師の判断で緊急に病院へ搬送を行うことがあります。

## 9. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求下さい。

説明者

---

## 介護保健施設サービスについて

### 1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込に当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### 2. 介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申込に当たり、ご利用希望者の介護保険負担割合証を確認させていただきます。  
尚、更新により新しい介護保険負担割合証がお手元に届きましたらご提出下さい。

### 3. 利用者負担について

負担割合に応じた額とする。(介護保険負担割合証にて確認)

### 4. 介護保健施設サービス

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に帰って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、利用者に関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、ご本人・扶養者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。

#### ◇リハビリテーション：

原則としてリハビリテーション室（機能訓練室）にて行いますが、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。

#### ◇栄養管理：

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

#### ◇生活サービス：

当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います。

### 5. 利用料金

#### (1) 基本料金

施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度、負担割合によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です）

|       | 従来型個室      | 多床室        |
|-------|------------|------------|
| 介 護 度 | 1 割負担      | 1 割負担      |
| 要介護 1 | 7 8 8 円    | 8 7 1 円    |
| 要介護 2 | 8 6 3 円    | 9 4 7 円    |
| 要介護 3 | 9 2 8 円    | 1, 0 1 4 円 |
| 要介護 4 | 9 8 5 円    | 1, 0 7 2 円 |
| 要介護 5 | 1, 0 4 0 円 | 1, 1 2 5 円 |

(2) 各種加算について

| 種 類                     | 内 容                                                                                                                                  |                                                                                    | 利用料金               |                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
|                         |                                                                                                                                      |                                                                                    | 1 割負担              |                          |
| 初期加算Ⅱ                   | 入所した当初には、施設での生活に慣れるために様々な支援を必要とすることから算定。<br>過去3ヶ月間（日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMの方は過去1ヶ月間）入所したことがない場合                                             |                                                                                    | 30円／日<br>入所日から30日間 | <input type="checkbox"/> |
| 夜勤職員配置加算                | 夜勤介護・看護職員を20：1以上配置していること                                                                                                             |                                                                                    | 24円／日              | <input type="checkbox"/> |
| 短期集中リハビリテーション加算Ⅰ        | 医師又は医師の指示を受けたPT、OT又はSTが、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合であって、かつ原則として入所時及び1月に1回以上ADL等の評価を行うとともに、評価結果を厚労省に提出し必要に応じて計画を見直していること。 |                                                                                    | 258円／日             | <input type="checkbox"/> |
| 短期集中リハビリテーション加算Ⅱ        | 入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行っている                                                                                 |                                                                                    | 200円／日             | <input type="checkbox"/> |
| 栄養マネジメント強化加算            | 管理栄養士により、低栄養状態のリスクが高い入所者に対し作成した栄養ケア計画に従い、食事の調整等を行う。                                                                                  |                                                                                    | 11円／日              | <input type="checkbox"/> |
| 療養食加算                   | 医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する療養食を提供した場合（1日3回を限度とする）                                                                              |                                                                                    | 6円／回               | <input type="checkbox"/> |
| 経口維持加算                  | (Ⅰ)                                                                                                                                  | 摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、継続して経口摂取を進めるために医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行った場合           | 400円／月             | <input type="checkbox"/> |
|                         | (Ⅱ)                                                                                                                                  | 協力歯科医療機関を定めており、(Ⅰ)を算定している場合であって、経口による継続的な食事の摂取を支援するための会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又はSTが加わった場合 | 100円／月             | <input type="checkbox"/> |
| 退所時栄養情報連携加算             | 当該施設から居宅、医療機関等に退所する者の栄養管理に関する情報連携が切れ目なく行われるよう施設の管理栄養士が入所者等の栄養管理に関する情報について医療機関等に提供する                                                  |                                                                                    | 70円／回              | <input type="checkbox"/> |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ | リハビリテーション実施計画を入所者又は家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理している事。また、内容等の情報を厚労省に提出し必要な情報を活用していること。                                                  |                                                                                    | 33円／月              | <input type="checkbox"/> |
| 再入所時栄養連携加算（1回を限度）       | 再入所時の栄養管理が、退所前の栄養管理と大きく異なるため、病院及び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円／回             | <input type="checkbox"/> |
| 外泊時加算                   | 外泊された場合（1月に6日を限度とする）<br>＊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。                                                                     |                                                                                    | 362円／日             | <input type="checkbox"/> |
| 自立支援促進加算（三月に1回見直し）      | 医師が入所者ごとに自立支援に必要な医学的評価を入所時に行い、支援計画の策定に参加する。結果、対応が必要であるとされた者毎に計画に従ったケアを実施し見直していること。                                                   |                                                                                    | 300円／月             | <input type="checkbox"/> |
| 科学的介護推進体制加算             | (Ⅰ)                                                                                                                                  | 入所者ごとのADL値、栄養状態、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報（科学的介護推進体制加算（Ⅱ）では加えて疾病の状況や服薬情報等の情報）を厚労省   | 40円／月              | <input type="checkbox"/> |

|                                    |             |                                                                                      |          |                          |
|------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|
|                                    | (Ⅱ)         | に提出していること。<br>必要に応じてサービス計画を見直すなど必要な情報を活用している。<br>科学的介護推進体制加算(Ⅱ)では加えて疾病の状況や服薬情報等の情報   | 60円/月    | <input type="checkbox"/> |
| 排泄支援加算                             | (Ⅰ)         | 排泄に介護を要する入所者等毎に、要介護状態の軽減の見込みについて評価し、支援計画を作成し、三月に1回見直し継続支援を実施している。                    | 10円/月    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | (Ⅱ)         | (Ⅰ)の要件を満たし、入所時と比較して排尿・排便の一方が改善するとともに悪化がない。又はオムツ使用ありがなしに改善。                           | 15円/月    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | (Ⅲ)         | (Ⅰ)の要件を満たし、入所時と比較して排尿・排便の一方が改善するとともに悪化がない。かつオムツ使用ありがなしに改善。                           | 20円/月    | <input type="checkbox"/> |
| サービス提供体制強化<br>加算<br>(いずれかが加算される)   | (Ⅰ)         | ・介護福祉士80%以上<br>・勤続10年以上の介護福祉士35%以上                                                   | 22円/日    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | (Ⅱ)         | 介護福祉士60%以上であること。                                                                     | 18円/日    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | (Ⅲ)         | ・介護福祉士50%以上<br>・常勤職員75%以上<br>・勤続7年以上の介護福祉士30%以上                                      | 6円/日     | <input type="checkbox"/> |
| ターミナルケア加算                          | ①           | 死亡日以前31日以上45日                                                                        | 72円/日    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | ②           | 死亡日以前4日以上30日                                                                         | 160円/日   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | ③           | 死亡日以前2日又は3日                                                                          | 910円/日   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | ④           | 死亡日                                                                                  | 1,900円/日 | <input type="checkbox"/> |
| 所定疾患施設療養費(Ⅱ)<br>(1月に1回、連続する10日を限度) |             | 入所者の医療ニーズに適切に対応する観点から、肺炎や尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の憎悪のいずれかに該当する入所者に対し、投薬、検査、注射、処置等を行った場合 | 480円/日   | <input type="checkbox"/> |
| 緊急時治療管理<br>(1月に1回、連続する3日を限度)       |             | 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合                         | 518円/日   | <input type="checkbox"/> |
| 入所前後訪問指導<br>加算                     | (Ⅰ)         | 居宅を訪問し、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行った場合、入所中1回を限度として算定                              | 450円/回   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | (Ⅱ)         | 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計画を策定した場合、入所中1回を限度として算定                             | 480円/回   | <input type="checkbox"/> |
| 退所時等支援等加算                          | 試行的退所時指導加算  | 入所期間が1月を超える入所者が試行的に退所する場合において、入所者及びその家族に対して退所後の療養上の指導を行った場合                          | 400円/回   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | 退所時情報提供加算Ⅰ  | 退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合(社会福祉施設等に入所する場合も同様)                                            | 500円/回   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | 退所時情報提供加算Ⅱ  | 退所後の医療機関に対し、心身の状況、生活歴等を示す診療情報を提供した場合                                                 | 250円/回   | <input type="checkbox"/> |
|                                    | 入退所前連携加算(Ⅰ) | 入所前後30日以内に居宅介護支援事業所と連携し、退所後の利用方針を定める                                                 | 600円/回   | <input type="checkbox"/> |

|              |             |                                                                    |        |                          |
|--------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|
|              | 入退所前連携加算（Ⅱ） | 入所期間が1月を超え、退所し居宅サービスを利用する場合、居宅介護支援事業所に文書にて必要な情報を提供し、利用に関する調整を行うこと。 | 400円／回 | <input type="checkbox"/> |
| 協力医療機関連携加算   | R7.3.31 迄   | 協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、当該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              | 100円／月 | <input type="checkbox"/> |
|              | R7.4.1 以降   |                                                                    | 50円／月  | <input type="checkbox"/> |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ |             | 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の処遇改善を実施している事業所が、利用者に対しサービスを行っている場合        | 7.1%   | <input type="checkbox"/> |

## 6 その他の利用料

### ① 食費

- ・利用者負担第1～第3段階の方 1. 445円（日額）
- ・利用者負担第4段階の方 1. 800円（日額）

### ② 居住費

- |       |                 |             |
|-------|-----------------|-------------|
| 従来型個室 | ・利用者負担第1～第3段階の方 | 1. 370円（日額） |
|       | ・利用者負担第4段階の方    | 1. 728円（日額） |
| 多床室   | ・利用者負担第1～第3段階の方 | 430円（日額）    |
|       | ・利用者負担第4段階の方    | 437円（日額）    |

### ③ 入所者が選定する特別な室料（1日当たり）

『特 室』 3, 300円／日 『個 室』 1, 650円／日 『2人室』 1, 100円／日  
特室、個室、2人室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。

### ④ 日常生活品費

個人の希望及び選択肢により提供した日用品（シャンプー・ティッシュ等）において、施設が購入した場合は実費相当分をお支払いいただきます。

### ⑤ 教養娯楽費（レクリエーション費等）

サービス提供の一環として実施され、利用者が任意に参加できるレクリエーションや行事等において、個人の希望に応じ購入する材料費等は実費相当分をお支払いいただきます。

### ⑥ 個人の希望及び選択により、テレビ・冷蔵庫使用料 330円／日

### ⑦ 理美容代 カット 1, 500円 顔そり 500円 理美容をご利用の場合にお支払いいただきます

### ⑧ 健康管理費

インフルエンザ等予防接種に係る費用で接種を希望された場合に実費分としてお支払いいただきます

### ⑨ 洗濯代 4, 620円／月

提携業者へのクリーニングを依頼される場合にお支払いいただきます。尚、縮みやすい物（セーター・カーディガン等）は家族にてお洗濯をお願い致します。

### 洗濯代 660円／回

業者洗濯時返却迄に1～2週間かかる為、退所前等速やかに返却できるよう施設内で洗濯をした場合にお支払いいただきます。

|   |            |               |
|---|------------|---------------|
| ⑩ | 死亡診断書      | 11,000円       |
| ⑪ | 領収証の再発行手数料 | 1,100円（12ヶ月分） |
| ⑫ | 診断書        | 5,500円（保険会社等） |
| ⑬ | 入所証明書      | 1,100円        |

## 7 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。  
お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引落の3方法があります。利用申込み時  
にお選び下さい。  
尚、口座自動引落の場合は引落手数料がかかります。

|           |      |           |      |
|-----------|------|-----------|------|
| 肥後銀行・ゆうちょ | 110円 | それ以外の地方銀行 | 132円 |
| 都市銀行      | 165円 |           |      |