

介護療養型老人保健施設ナーシングホーム長吉

■ 指定介護老人保健施設

(大阪市指定第2755880065号)

重要事項説明書

介護療養型老人保健施設ナーシングホーム長吉



～ 法人理念 ～

地域(医療・介護)に奉仕する気持ちを心掛け、
地域社会に貢献します

医療法人 寺西報恩会

あなた(又はあなたの家族)様が利用しようと考えている施設について、契約を締結する前に知っておいていただきたいこと、施設の概要やサービスの内容、利用していただくにあたってご注意していただきたいこと等を次のとおり説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく、ご質問してください。
 なお、文中では、あなた様を「入所者」、ご家族様を「家族」と表示していますので、ご了承ください。

この「重要事項説明書」は、「大阪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年大阪市条例第9号)」の規定により、指定介護老人保健施設サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

【1】運営規程の概要

1) 開設者の情報

| | | | |
|-------|------------------------------|----------------------|--|
| 法人名 | 医療法人 寺西報恩会 | | |
| 法人所在地 | 〒547-0016 大阪市平野区长吉長原一丁目2番34号 | | |
| 連絡先 | 電話番号 06-6709-0301 | ファックス番号 06-6709-5920 | |
| 代表者氏名 | 理事長 総野 進 | | |
| 設立年月日 | 昭和46年12月16日 | | |

2) 施設の情報

| | | | | | |
|---------------|--|----------------------|---------|-----------|-------------|
| 事業の種類 | 指定介護老人保健施設 (大阪市指定第2755880065号) | | | | |
| 施設名称 | 介護療養型老人保健施設ナーシングホーム長吉 | | | | |
| 施設住所 | 〒547-0016 大阪市平野区长吉長原一丁目2番34号 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 06-6709-0301 | ファックス番号 06-6707-8840 | | | |
| 管理者氏名 | 管理者 総野 進 | | | | |
| 指定年月日 | 平成21年9月1日 | | | | |
| 施設の形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型 | | | | |
| 併設事業 | 長吉総合病院 | | | | |
| 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造 | | | | |
| 延べ床面積 | 602.96㎡ | | 敷地面積 | 6,661.38㎡ | |
| 設備関係 | 療養室 | 室数 | 定員 | 備考 | |
| | 1人部屋 | 3室 | 3人 | 個室 | 46.5㎡ 15.5㎡ |
| | 2人部屋 | 3室 | 6人 | 多床室 | 62.6㎡ 10.4㎡ |
| | 3人部屋 | 4室 | 12人 | 多床室 | 118.0㎡ 9.8㎡ |
| | 4人部屋 | 2室 | 8人 | 多床室 | 67.8㎡ 8.5㎡ |
| | 合計 | 12室 | 29人 | | |
| | 食堂・レクリエーション室 | 1室 | 兼用 | 43.73㎡ | |
| | 浴室 | 1室 | 共用 | 46.33㎡ | |
| 機能訓練室 | 1室 | 共用 | 137.22㎡ | | |
| 診察 | 1室 | 共用 | 11.69㎡ | | |
| 談話室・レクリエーション室 | 1室 | 兼用 | 21.78㎡ | | |

3) 目的及び運営の方針

① 目的

当施設では、介護保険法の目的や法人理念「地域(医療)に奉仕する気持ちを心掛け、地域社会に貢献する」により、介護老人保健施設の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、施設の従業者が要介護状態にある入所者に対し、適正な介護老人保健施設サービスを提供することを目的としています。

② 運営の方針

施設サービスの実施に当たっては、入所者の意思及び人格を尊重して、常に入所者の立場に立ったサービスの提供を努めます。

また、施設は、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がそ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にするとともに、居宅における生活への復帰を目指します。

なお、施設サービスの実施に当たっては、明るく家庭的な雰囲気を持ち、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービスを提供する者又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

当施設は、「[大阪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3月4日大阪市条例第29号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

4) 従業者の職種、員数、勤務体制及び業務の内容【令和6年改正対応】

① 従業者の職種、員数、勤務体制

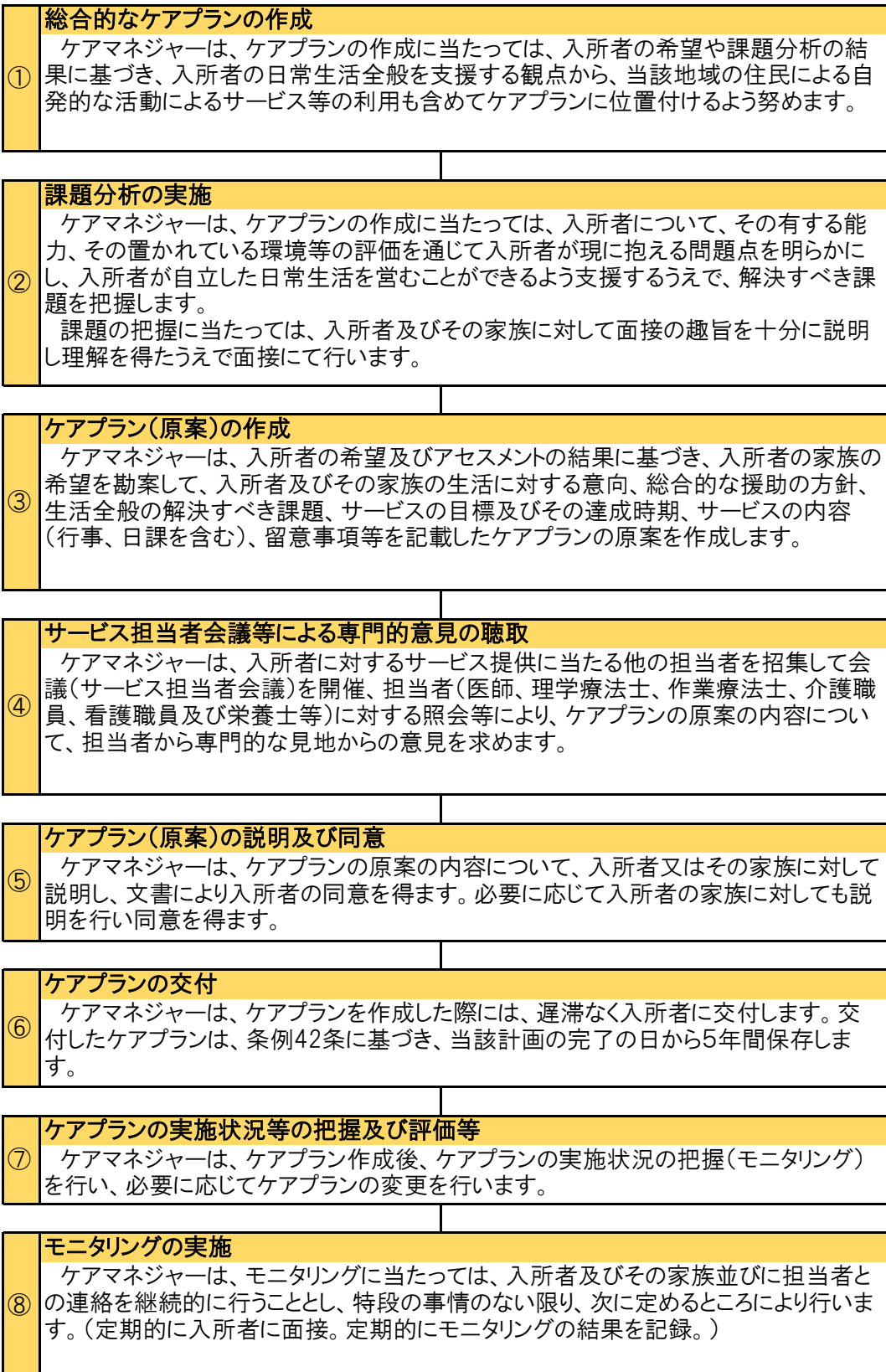
| 職 種 | 基準配置 人数 | 職務内容 |
|----------|------------|---|
| 管理者(施設長) | 1 | 施設の職員の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行う。 |
| 医師 | 0.2以上 | 入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行う。 |
| 薬剤師 | 実情数 | 入所者の調剤に関するを行う。 |
| 支援相談員 | 1.0以上 | 入所者の入退所、生活相談及び援助の計画立案、実施に関する業務を行う。 |
| 看護職員 | 2.0以上 | 医師の診療補助及び医師の指示を受けて、入所者の看護や施設の保健衛生業務を行う。 |
| 介護職員 | 7.0以上 | 入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。 |
| 管理栄養士 | 1.0以上 | 食事の献立、栄養管理・栄養指導等を行う。 |
| 介護支援専門員 | 1以上 | 施設サービス計画の作成等、入所者の介護支援に関する業務を行う。 |
| 理学療法士 | 0.2以上 | 入所者の機能訓練に関するを行う。 |
| 作業療法士 | | |
| 言語聴覚士 | | |
| 事務職員 | 必要数 | 入所者の事務全般に関するを行う。 |

※基準配置人数は、人員基準に従い施設の規模により配置が必要な人数。

5)入所者に対するサービス提供の流れ、提供するサービスの内容

(1)入所者に対する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、当施設の計画担当介護支援専門員(ケアマネジャー)が入所後作成する「施設サービス計画(ケアプラン)」で定めます。ケアプランの作成及び変更は、次の手順で行います。



| | |
|---|--|
| ⑨ | <p>ケアプランの変更</p> <p>ケアマネジャーは、ケアプランは、3ヶ月毎もしくは心身の状態の変化があった場合、あるいは入所者及びその家族等の要望に応じ、変更の必要がある場合には、入所者及びその家族等と協議し、同意を得たうえで、施設サービス計画を変更します。また変更したケアプランを作成した際には、遅滞なく入所者に交付します。</p> |
|---|--|

(2) 提供するサービスの内容

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|---------------------|---|
| 食事の提供 及び 栄養管理 | <p>栄養士(管理栄養士)の立てる献立により、栄養並びに入所者の身体 の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</p> <p>入所者の自立支援のため、離床して食堂にて食事をとっていただくこと を原則とします。</p> <p>食事時間 朝食 8:00 ~ 、 昼食 12:00 ~ 、 夕食 17:30 ~ おやつ 15:00 ~</p> |
| 医療及び看護 | <p>定期健診(6か月に1回)、血圧測定・検温等による日常的な健康管 理、服薬管理、緊急時の医療対応</p> |
| 入浴 | <p>入浴又は清拭を週2回以上行います。入所者の体調等により、当日入 浴ができなかった場合は、清拭及び入浴日の振替にて対応します。</p> <p>寝たきりの状態であっても特殊機械浴槽を使用して入浴することができ ます。</p> |
| 排泄 | <p>排泄の自立を促すため、入所者の身体能力を最大限利用した援助を 行います。または適時適切なオムツ交換を行います。</p> |
| 機能回復訓練 | <p>入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回 復または、その減退を防止するための訓練を実施します。</p> |
| 健康管理 | <p>医師や看護職員が、健康管理を行います。また必要に応じて医師による 診察を行います。</p> |
| その他自立 への支援 | <p>①寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り 離床に配慮します。</p> <p>②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を 行います。</p> <p>③毎日、起床時・就寝時に着替え支援を行います。</p> |
| 教養・娯楽 | <p>娯楽設備(囲碁・将棋、カラオケ等)を整えています。</p> |
| 理美容サービス | <p>訪問で対応しています。 希望者はスタッフまでお声がけ下さい。</p> |
| 相談・援助 | <p>入所者(後見人)、家族又は身元引受人からのご相談に応じます。</p> |

6) 利用料その他の費用の額、お支払い方法等

利用料その他の費用の額、お支払い方法等については、【重要事項説明書付属書類】をご確認ください。

7) 利用に当たっての留意事項

| | |
|---------------------|--|
| 面会時間、面会方法等 | <p>面会時間 平日 15:00～20:00 土日祝 13:00～20:00</p> <p>※面会にあつては、面会時間を遵守して頂くようお願い致します。</p> <p>※感染症予防の対策の一環として、あらかじめお知らせいたしますが、面会を制限したり、お断りする場合がございますので、その際はご了承ください。</p> |
| 消灯時間 | 消灯時間は、21:00とします。 |
| 外出・外泊 | <p>外出や外泊される場合は、「外出先」と「帰院日時」をあらかじめ職員までお申し出ください。</p> <p>※外出・外泊は、家族に連絡し了解を得て、当施設の医師の許可により外出・外泊をしていただきますので、ご注意ください。</p> |
| 外出・外泊時の医療機関(他科)の受診 | 当施設では、あらかじめ入所者のかかりつけ医を把握して、診療情報の共有を図ります。緊急時は、当施設に連絡していただいた後、受診先と連携を図ります。 |
| 喫煙 | 健康管理上、原則禁止とします。 |
| 飲酒 | 栄養管理上、原則禁止とします。 |
| 火気の取扱い | 防火管理上、原則禁止とします。 |
| 設備・備品の利用 | 使用法に従ってご利用いただきます。これによらない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・金銭・貴重品等の管理の持ち込み | <p>持ち込みされる場合は、所持品等に名前をご記入のうえ、必要最小限での持ち込み願います。</p> <p>※各居室のスペースに限りがありますので、所持品によっては、ご遠慮願う場合があります。</p> <p>※使い慣れた車椅子や歩行補助器等のご使用は、あらかじめご相談ください。</p> <p>※金銭・貴重品等の管理は、原則、自己管理をしていただきます。防犯上、多額な金銭や高額な貴重品等は持ち込まないでください。</p> |
| ペットの持ち込み | 衛生管理上、原則禁止とします。 |
| 私物の洗濯 | 入所者の私物の洗濯は、ご家族様で対応願います。洗濯委託業者をご利用いただくのも可能です。(有料) |
| 営利行為、宗教・政治活動等 | 営利行為、宗教・政治活動の他、他の入所者やその家族等に迷惑がおよぶ行為・活動は一切禁止とします。 |

8) 緊急時等における対応方法

サービス提供を行っている際に、入所者に病状の急変が生じた場合等は、速やかに管理医師及びあらかじめ定めている協力医療機関への連絡や必要な措置を講じます。

9)非常災害対策

- ① 当施設では、次の者を非常災害対策に関わる担当者(防火管理者)として、非常災害対策に関する取り組みを行っています。

| | |
|--------------------------|--------------|
| 非常災害対策に関わる担当者 (防火管理者) | (用度管理課)中神 貴浩 |
|--------------------------|--------------|

- ② 当施設では、非常災害対策に関する具体的計画(消防計画)を立て、非常災害時の関係機関への通報や連携体制を整備して、当施設の従業者に周知しています。
- ③ 当施設では、非常災害対策の一環として、毎年、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。(防火教育及び消火・通報・避難訓練を年2回実施。うち1回は夜間を想定での実施。)

| 訓練名称 | 時期 | 訓練の概要 |
|-----------|------|-----------------------------|
| 消防訓練(1回目) | 6月頃 | 避難、救出、消火等(日中想定)※地震・土砂・水害も想定 |
| 消防訓練(2回目) | 11月頃 | 避難、救出、消火等(夜間想定) |
| 防犯訓練 | 月頃 | 必要に応じて |

※各訓練によっては、所轄消防署等関係機関が立ち合いする場合があります。

※訓練内容によっては、入所者等も参加する場合があります。

※当施設の都合や状況に応じて実施時期を変更する場合があります。

| 設備 | 消火 | スプリンクラー設備 | 消火器 | 移動式消火設備 |
|----|----|-----------|--------|---------|
| | 警報 | 自動火災報知機設備 | 非常警報設備 | |
| | 避難 | 避難誘導灯 | 避難階段 | |

10)身体拘束等の原則禁止

当施設では、原則として入所者に身体拘束等を禁止しています。

ただし、入所者又は他人の生命・身体に対して危険(自傷他害等)がおよぶことが考えられるときは、緊急やむを得ない措置として、入所者及びその家族に対して、説明し同意を得た上で、次の留意事項に留意し、必要最小限の範囲で行うことがあります。

| | |
|-------|---|
| ①緊急性 | 直ちに身体拘束を行わなければ、入所者又は他人の生命・身体に危険がおよぶことが考えられる場合に限りします。 |
| ②非代替性 | 身体拘束以外に、入所者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。 |
| ③一時性 | 入所者又は他人の生命・身体に対して危険がおよぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。 |

(1)身体拘束等を行う場合の手続きについて

当施設では、「身体拘束等廃止委員会」を設置しています。当該委員会は、3月に1度開催し、身体拘束等を実施の有無、経過報告、改善策等を検討・決定し、次の事項に留意しています。

- ① 身体拘束等の実施には、留意事項①②③を踏まえて、実施する時間・期間、改善方法等を含め、あらかじめ入所者又はその家族に説明して同意をいただきます。
- ② 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる様態及び時間、その際の入所者の心身の状況、緊急やむを得ない理由等を記録します。
- ③ 身体拘束の解除(改善方法)、期間の見直し等について、委員会で検討し、その結果等を入所者又はその家族に説明して同意をいただき、直ちに身体拘束等を解除します。

※身体拘束等の必要性について、ご家族の要望だけでは実施しません。

11) 虐待防止に関する事項

当施設は、入所者の人権擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じています。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定してしています。

| | |
|-------------|---------------|
| 虐待防止に関する責任者 | (施設長代理)西崎 亜希子 |
|-------------|---------------|

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
③ 虐待等に関する苦情解決体制を整備しています。
④ 従業員に対する人権擁護・虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

| | |
|--------|---------------------|
| 虐待防止研修 | 従業員の入職時、1回/年の研修を実施。 |
|--------|---------------------|

- ⑤ 従業員が支援に当たっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業員が入所者の権利養護に取り組める環境の整備に努めます。
⑥ サービス提供中に、当施設の従業員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかに市町村等に通報します。

12) 秘密の保持(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

| |
|---|
| 事業者は、入所者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。 |
|---|

| |
|--|
| 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業員」という。)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。 |
|---|

| |
|---|
| 事業者は、従業員に、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、従業員である期間及び従業員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、従業員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

| |
|---|
| 事業者は、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の家族の個人情報を用いません。 |
|---|

| |
|---|
| 事業者は、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(紙によるものその他、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。 |
|---|

| |
|---|
| 事業者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。) |
|---|

13) その他の重要事項

(1) 入所中の医療の提供について

医療を必要とする場合は、入所者又はその家族の希望により、下記の協力医療機関において、診察や入院治療等を受けることができます。

但し、下記の医療機関での優先的な診療・入院治療等を保証するものではありません。また下記医療機関での診察・入院治療を義務付けるものでもありません。

| | | |
|---------------|-------|-------------------------|
| 協力 医療機関 | 医療機関名 | 医療法人寺西報恩会長吉総合病院 |
| | 所在地 | 大阪市平野区長吉長原一丁目2-34 |
| | 電話番号 | 06-6709-0301 |
| | 診療科 | 内・児・外・整・耳・眼・皮・泌・リハビリ・麻酔 |
| 協力歯科 医療機関 | 医療機関名 | 大野歯科 |
| | 所在地 | 大阪市平野区長吉長原二丁目1-1 |
| | 電話番号 | 06-6709-2137 |
| その他利用 医療機関 | 医療機関名 | 医療法人城彩会城彩会歯科ガーデンクリニック |
| | 所在地 | 大阪市平野区瓜破西2-2-22 |
| | 電話番号 | 06-6703-6483 |

【2】事故発生時の対応

1) 事故防止策・事故発生時の対応

当施設では、事故を未然に防止するために事故発生防止のための指針(マニュアル)を整備しています。また事故発生防止のための委員会の開催(毎月1回)し、従業者に対する研修を定期的に行っています。

万一、入所者に対するサービスの提供により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は、速やかに適切な処置を図るとともに、マニュアルに従い適切な対応を図ります。

なお、入所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、速やかに市町村、入所者の家族に連絡を行います。

当施設は、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

2) 損害賠償、再発防止策

当施設は、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。

| | |
|-------|--------------------|
| 保険会社名 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| 保険名 | 医師賠償責任保険(7型)「老健施設」 |
| 補償の概要 | 老健施設29床 |

また、再発防止策として、マニュアルに従い、事故に至った経緯や内容等を分析し、委員会で再発防止に努められるよう対応を図ります。

3) 入所時のリスクについて

当施設では、入所者が快適な生活が送れますように原則身体拘束をしないこと、自立した生活を妨げないこと等に配慮しながら安全な環境づくりに努めていますが、入所者の自立した行動、心身の状況や病気などが原因により、危険(転倒・転落等)を伴う可能性があることを十分にご理解ください。詳細内容については、この【重要事項説明書付属書類】で説明します。

【3】サービス内容に関する相談・苦情(苦情処理の体制等)

入所者からの相談、苦情に対応する窓口を設置し、施設の設備又はサービスに関する入所者の相談(要望等)、苦情に対して、迅速に対応します。

1)当施設の相談・苦情窓口

①受付時間：月曜日～金曜日(9:00～17:00)、土曜日(9:00から12:00)

②責任者

| 職種 | 担当者 |
|-------|--------|
| #REF! | 西崎 亜希子 |

③担当者

| 職種 | 担当者 | 電話番号 | ファックス番号 |
|-------|-------|-------|---------|
| #REF! | 入江 愛 | #REF! | #REF! |
| #REF! | | | |
| #REF! | #REF! | | |

④第三者委員

| 職種 | 担当者 | 電話番号 | ファックス番号 |
|---------------|-----|------|---------|
| ※特別養護老人ホームは必須 | | | |

第三者委員への連絡にあつては、00:00～00:00の時間帯でお願いします。(土日祝日は除く)

2)当施設の苦情処理の体制及び手順

- ① 当施設の窓口で受けた相談や苦情については、受付した担当者が、主訴を確認し記録します。その場で対応可能な内容であっても、必ず責任者に報告し、対応内容を決定し、入所者に伝達します。
- ② 上記①で対応しきれない内容については、当施設で会議を行い対応内容を決定します。また必要に応じて弁護士等に相談して決定する場合があります。
- ③ 入所者に対して、サービス提要により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償について検討する。

3)その他の窓口 ※下記以外のお住いの方は担当まで申し伝えてください。

①市町村等における苦情解決体制・窓口

| | | |
|--|--------------|--------------|
| 大阪市平野区役所 保険福祉課 介護保険グループ 〒547-8580 大阪市平野区背戸口3-8-19 | 電話番号 | ファックス番号 |
| | 06-4302-9859 | 06-4302-9943 |
| 大阪市東住吉区役所 保険福祉課 介護保険グループ 〒547-8581 大阪市東住吉区東田辺1-13-4 | 電話番号 | ファックス番号 |
| | 06-4399-9859 | 06-6629-4581 |
| 大阪市福祉局 施策部高齢保険課 指定・指導グループ 〒541-0055 大阪市中央区船場中央3-1-7-331 | 電話番号 | ファックス番号 |
| | 06-6241-6310 | 06-6241-6608 |

※受付時間は9:00～17:30(土日祝日は休み)

②大阪府国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

| 電話番号 |
|--------------|
| 06-6949-5418 |

※受付時間は9:00～17:00(土日祝日は休み)

【4】提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 実施あり | 実施年月日 | 平成(令和) 年 月 日 |
| | 評価機関名称 | |
| | 結果の開示 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| <input checked="" type="checkbox"/> 実施なし | 現在、第三者評価を実施していませんが、提供するサービスの質の向上を図るために当施設では介護相談員の積極的な受入や自主点検を実施しています。 | |

【5】重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の内容について、「[大阪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\(平成25年大阪市条例第9号\)](#)」の規定により、次の者が説明を行いました。

| | |
|-----------|----------|
| 説 明 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
|-----------|----------|

| | | |
|---------|---------|-----------------------|
| 事業 者 | 法 人 名 | 医療法人 寺西報恩会 |
| | 法人所在地 | 大阪市平野区长吉長原一丁目2番34号 |
| | 代表者氏名 | 理事長 総野 進 |
| | 施 設 名 称 | 介護療養型老人保健施設ナーシングホーム長吉 |
| | 説明者氏名 | |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | この重要事項説明書の内容を上記事業者が入所者等に説明し、その内容について同意したうえ重要事項説明書の交付しました。 | |
| | <input type="checkbox"/> 入所者 | <input type="checkbox"/> 家族(続柄:) <input type="checkbox"/> その他() |

【令和3年改正対応】

令和3年4月より負担軽減から入所者等の署名・押印は求めておりません。説明者が入所者等に説明・同意後、上記にチェックして本書を手渡しています。

【重要事項説明書付属書類1】

【2】利用時のリスク説明書

この重要事項説明書の【2】事故発生時の対応：利用時のリスクについてに記載していますが、このリスク説明書で詳細内容を説明します。

利用時のリスク説明書

当施設では、入所者が快適な生活が送れますように原則身体拘束をしないこと、自立した生活を妨げないこと等に配慮しながら安全な環境づくりに努めていますが、入所者の自立した活動・行動、心身の状況や病気などが原因により、危険(転倒・転落等)を伴う可能性があることを十分にご理解いただくために詳細に説明するものです。

次の事項をご確認ください。

- 当施設は、原則的に拘束を行いません。入所者の自立した活動・行動等により、転倒・転落による事故の可能性があります。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・頭蓋内損傷の恐れもあります。
- 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、軽度の打撲であっても、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。
- 年齢に関係なく、心臓や脳の疾患により、稀に急死される場合もあります。
- 入所者の全身状態が急に悪化した場合、当施設の判断で、緊急に医療機関へ搬送を行うことがあります。

上記の内容は、ご自宅でも起こりうることです。利用中であっても同様に起こりうるものと、ご承知ください。

【3】利用料その他の費用の額、お支払い方法等

この重要事項説明書の【1】運営規程の概要：利用料その他の費用の額、お支払い方法等の詳細な内容を記載しています。

【介護保険対象サービスについて】

【令和6年4月改定対応】

| 施設サービス費(基本) | | 要介護度 | 単位 | 地域差 | 負担額 | |
|---------------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| 介護保険施設サービス費(Ⅲ)【療養型】 ※夜間オンコール | 従来型個室 | 要介護1 | 758単位 | 10.72 | 1割 | 813円 |
| | | | | | 2割 | 1,626円 |
| | | | | | 3割 | 2,438円 |
| | | 要介護2 | 837単位 | 10.72 | 1割 | 898円 |
| | | | | | 2割 | 1,795円 |
| | | | | | 3割 | 2,692円 |
| | | 要介護3 | 933単位 | 10.72 | 1割 | 1,001円 |
| | | | | | 2割 | 2,001円 |
| | | | | | 3割 | 3,001円 |
| | | 要介護4 | 1,013単位 | 10.72 | 1割 | 1,086円 |
| | 2割 | | | | 2,172円 | |
| | 3割 | | | | 3,258円 | |
| | 要介護5 | 1,089単位 | 10.72 | 1割 | 1,168円 | |
| | | | | 2割 | 2,335円 | |
| | | | | 3割 | 3,503円 | |
| | 多床室 | 要介護1 | 839単位 | 10.72 | 1割 | 900円 |
| | | | | | 2割 | 1,799円 |
| | | | | | 3割 | 2,699円 |
| | | 要介護2 | 918単位 | 10.72 | 1割 | 985円 |
| | | | | | 2割 | 1,969円 |
| 3割 | | | | | 2,953円 | |
| 要介護3 | | 1,016単位 | 10.72 | 1割 | 1,090円 | |
| | | | | 2割 | 2,179円 | |
| | | | | 3割 | 3,268円 | |
| 要介護4 | | 1,092単位 | 10.72 | 1割 | 1,171円 | |
| | 2割 | | | 2,342円 | | |
| | 3割 | | | 3,512円 | | |
| 要介護5 | 1,170単位 | 10.72 | 1割 | 1,255円 | | |
| | | | 2割 | 2,509円 | | |
| | | | 3割 | 3,763円 | | |

【介護保険対象サービス(算定加算)について】

【令和6年4月改定対応】

| 算定 | 施設サービス費(加算等) | 単位数等 |
|--------------------------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> | 夜勤職員配置加算減算(所定単位数の97%で算定) 夜勤を行う職員の勤務条件基準を満たさない場合 | ×97/100 |
| <input type="checkbox"/> | 入所定員超え又は人員配置減算(所定単位数の70%で算定) 入所者の数が入所定員を超える場合、人員基準を満たさない場合 | ×70/100 |
| <input type="checkbox"/> | ユニットケア体制未整備減算(所定単位数の70%で算定) 常勤のユニットリーダーをユニット毎に配置していない等 | ×70/100 |
| <input type="checkbox"/> | 身体拘束廃止未実施減算(1日につき所定単位数の10%を減算) 運営基準(第13条第5・6、第43条7・8)に適合していない場合 | ×10/100 |
| <input type="checkbox"/> | 安全管理体制未実施減算 運営基準「事故の発生・再発防止の措置」が講じられていない場合 | ▲5単位 |
| <input type="checkbox"/> | 栄養管理の基準を満たさない場合 運営基準「各入所者の状態に応じた栄養管理が計画的に行っていない場合」 | ▲14単位 |

| 算定 | 施設サービス費(加算等) | 単位数等 |
|----|--|-------------|
| ■ | 夜勤職員配置加算(1日につき)【届出要】 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たす場合 | 24単位 |
| ■ | 短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ(1日につき) 入所者に対し、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、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い、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、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてリハビリテーション計画書を見直していること | 258単位 |
| □ | 短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ(1日につき) 医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が入所日から起算して3月以内の機関に集中的にリハビリテーションを行った場合 | 200単位 |
| □ | 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(1日につき) 認知症であると医師が判断した者であって、リハによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して施設基準に適合する施設で、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的なりハを個別に行った場合(3月以内の期間に限り1週間に3日を限度) | 240単位 |
| □ | 認知症ケア加算(1日につき)【届出要】 施設基準に適合する施設で、日常生活に支障をきたすおそれのある症状・行動が認められ介護を必要とする認知症の入所者にサービスを行った場合 | 76単位 |
| □ | 若年性認知症入所者受入加算(1日につき)【届出要】 基準に適合している施設で、若年性認知症入所者にサービスを行った場合 | 120単位 |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(1日につき)【届出要】 | |
| □ | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | |
| □ | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | |
| ■ | 外泊時費用(1日につき)1月に6日を限度 入所者に対して居宅における外泊を認めた場合(外泊の初日・最終日は、算定不可) | 362単位 |
| □ | 外泊時費用(在宅サービス)(1日につき)1月に6日を限度 退所見込者を居宅で試行的退所させ施設が居宅サービスを提供する場合 | 800単位 |
| | ターミナルケア加算(介護療養型老人保健施設) 基準に適合する入所者に対して行った場合 | |
| □ | 死亡日以前31日以上45日以下 | 72単位 |
| □ | 死亡日以前4日以上30日以下 | 160単位 |
| □ | 死亡日前日・前々日 | 910単位 |
| □ | 死亡日 | 1900単位 |
| □ | 特別療養費 入所者に指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として厚生労働大臣が定めるものを行った場合 | 単位数に10円を乗じる |
| | 療養体制維持特別加算(療養型老健)(1日につき)【届出要】 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している施設 | |
| ■ | 療養体制維持特別加算(Ⅰ) | 27単位 |
| □ | 療養体制維持特別加算(Ⅱ) | 57単位 |
| □ | 初期加算Ⅰ(1日につき) 急性期医療を担う医療機関の一般病棟への入院後30日以内に退院し、介護老人保健施設に入所した者について、1日につき所定単位数を加算する。尚、空床情報について、地域の医療機関や当該施設のウェブサイトへ定期的に公表すること。 | 60単位 |
| ■ | 初期加算Ⅱ(1日につき) 入所した日から起算して30日以内の期間に加算する。 | 30単位 |
| □ | 再入所時栄養連携加算(1回につき) 施設の管理栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合 | 200単位 |
| | 入所前後訪問指導加算(入所中1回まで) | |
| □ | 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 退所目的の施設サービス計画策定・診療方針決定を行った場合 | 450単位 |

| 算定 | 施設サービス費(加算等) | 単位数等 |
|----|--|-------|
| □ | 入所前後訪問指導加算(Ⅱ) 退所目的の施設サービス計画策定・診療方針決定にあたり、生活機能の具体的な改善目標を定め退所後の生活に係る支援計画を策定した場合 | 480単位 |
| | 退所時等支援等加算 退所時等支援加算 | |
| □ | 試行的退所時指導加算(月1回、3月まで) 試行的退所時に、入所者・家族等に退所後の療養上指導を行った場合 | 400単位 |
| ■ | 退所時情報提供加算Ⅰ(1回まで) 退所後の主治医師に入所者の同意を得て入所者の診療状況を示す文書を添えて入所者の紹介を行った場合(居宅への退所) | 500単位 |
| ■ | 退所時情報提供加算Ⅱ(1回まで) 医療機関へ退所する入所者等について、退所後の医療機関に対して入所者等を紹介する際、入所者等の同意を得て、当該入所者の心身の状況・生活歴等を示す情報を提供した場合に、入所者等1人につき1回に限り算定 | 250単位 |
| □ | 入退所前連携加算(Ⅰ)(1回まで) 入所予定日前30日以内・入所後30日以内に退所後とケアマネと連携し、退所後の居宅等サービスの利用方針を定める等 | 600単位 |
| ■ | 入退所前連携加算(Ⅱ)(1回まで) 1月を超える入所者が退所し、居宅で居宅等サービスを利用する場合に、退所前にケアマネに診療状況を示す文書で必要な情報を提供・ケアマネと連携・調整等 | 400単位 |
| □ | 訪問看護指示加算(1回まで) 退所時、施設医師が、訪問看護等の利用が必要であると認め、入所者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合 | 300単位 |
| □ | 経口移行加算(1日につき) 医師等が共同して、経口による食事摂取を進めるための栄養管理の方法等を示した計画により支援(計画作成から180日以内) | 28単位 |
| | 経口維持加算(1月につき) | |
| □ | 経口維持加算(Ⅰ) 継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理が必要であるものとして、医師又は歯科医師の指示を受けたものを対象 | 400単位 |
| □ | 経口維持加算(Ⅱ) 協力歯科医療機関を定めている老健施設が、経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、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及び会議等に、医師等が加わった場合 | 100単位 |
| □ | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)(1月につき) 歯科医師又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月1回以上行っている場合 | 90単位 |
| ■ | 口腔衛生管理加算(Ⅱ)(1月につき) 入所者ごとの口腔衛生等の管理に係る計画内容等の情報を厚生労働省に提出する等 | 110単位 |
| ■ | 療養食加算(1回につき)1日3回まで【届出要】 別に厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合 | 6単位 |
| □ | 在宅復帰支援機能加算(1回につき) 算定月の前6月の退所者のうち在宅復帰をした者の割合が30%以上、退所後30日以内に老健施設の従業者が居宅訪問し、またはケアマネから情報提供を受けて在宅生活が1月以上継続の見込みであることを確認し記録した場合 | 10単位 |
| □ | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ(1回につき) 入所前の主治医と連携して、薬剤を評価・調整した場合 | 140単位 |
| □ | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ(1回につき) 施設において薬剤を評価・調整した場合 | 70単位 |
| □ | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)(1回につき) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロを算定しており、その内容をLIFEへ提出し、処方に当たり必要な情報を活用していること | 240単位 |
| □ | かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ)(1回につき) かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定しており、退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬していること | 100単位 |

| 算定 | 施設サービス費(加算等) | 単位数等 |
|-------------------------------------|---|-----------------|
| | 緊急時施設療養費 | |
| <input type="checkbox"/> | 緊急時治療管理(療養型老健以外) | 518単位 |
| <input type="checkbox"/> | 緊急時治療管理(療養型老健)、連続する3日まで 入所者の病状が著しく変化した場合、緊急その他やむを得ない事情により行われる次に掲げる医療行為につき算定 | 518単位 |
| <input type="checkbox"/> | 特定治療 リハビリテーション・処置・手術・麻酔又は放射線治療を行った場合 | 診療報酬点数に10円を乗じた額 |
| <input type="checkbox"/> | 所定疾患施設療養費(Ⅰ)1月に1回、連続する7日まで 特定の疾患により治療を必要とする入所者に、施設で治療管理等の対応をすることを評価する加算 | 239単位 |
| <input type="checkbox"/> | 所定疾患施設療養費(Ⅱ)1月に1回、連続する10日まで 上記加算(Ⅰ)の算定基準に加え、介護老人保健施設の担当医師の研修要件あり | 480単位 |
| <input type="checkbox"/> | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)(1日につき) 認知症の者の占める割合が2分の1以上であり、チームとして専門的な認知ケアを実施かつ定期的な会議の開催 | 3単位 |
| <input type="checkbox"/> | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)(1日につき) 上記加算(Ⅰ)の算定基準に加え、認知症介護の指導に係る専門的な研修を終了している者の配置並びに指導の実施、研修計画の作成及び研修の実施 | 4単位 |
| <input type="checkbox"/> | 認知症行動・心理症状緊急対応加算(療養型老健以外)(1日につき) | 200単位 |
| <input type="checkbox"/> | 認知症行動・心理症状緊急対応加算(療養型老健)(1日につき) 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅生活困難であり緊急入所が適当であると判断した者に対し、入所日より7日を限度として算定 | 200単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ(1月につき) 口腔衛生管理加算(Ⅱ)及び栄養マネジメント強化加算を算定し、リハ計画書を口腔・栄養情報を一体的に共有した内容とし、必要に応じた関係職種による見直し及びLIFEに提出した情報を活用していること | 53単位 |
| <input checked="" 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(1月につき) リハビリテーション実施計画書を作成し、必要に応じた関係職種による見直し及びLIFEに提出した情報を活用していること | 33単位 |
| <input type="checkbox"/> | 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)(1月につき) 入所者ごとに褥瘡の発生と関連のあるリスクについて評価し、その後少なくとも3か月に1回の評価と厚労省への提出、かつ必要な情報の活用 | 3単位 |
| <input type="checkbox"/> | 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)(1月につき) 上記加算(Ⅰ)に加え、褥瘡の発生のリスクがあるとされた入所者に発生がないこと | 13単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 排せつ支援加算(Ⅰ)(1月につき) 入所者ごとの排せつ支援計画作成と定期的な更新、厚労省への提出と情報活用 | 10単位 |
| <input type="checkbox"/> | 排せつ支援加算(Ⅱ)(1月につき) 上記加算(Ⅰ)に加え、入所時と比較して排尿又は排便のいずれか一方に改善またはおむつを使用しなくなった | 15単位 |
| <input type="checkbox"/> | 排せつ支援加算(Ⅲ)(1月につき) 上記加算(Ⅱ)の要件の、いずれも満たす | 20単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 自立支援促進加算(1月につき) 継続的に入所者ごとの自立支援を行い、その情報を厚労省へ提出、必要な情報活用 | 300単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(1月につき) 入所者ごとのADL値・栄養状態等基本的な情報を厚労省へ提出。必要に応じて施設サービス計画を見直すなど、必要な情報を活用している | 40単位 |
| <input type="checkbox"/> | 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(1月につき) 上記加算(Ⅰ)に加え、入所者ごとの疾病・服薬の状況等も厚労省へ提出している | 50単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 栄養マネジメント強化加算(1日につき) 入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合 | 11単位 |
| <input type="checkbox"/> | 退院時栄養情報連携加算(1回まで) 厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が入院した場合、退所先の医療機関に対して当該者の栄養管理に関する情報を提供する。 | 70単位 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 協力医療機関連携加算(1月につき) | 100単位 |

| 算定 | 施設サービス費(加算等) | 単位数等 |
|----|------------------------|------------|
| ■ | 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ(1月につき) | 10単位 |
| □ | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100単位 |
| □ | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 10単位 |
| ■ | 安全対策体制加算(入所時に1回につき) | 20単位 |
| □ | サービス提供体制強化加算(Ⅰ)(1日につき) | 22単位 |
| □ | サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(1日につき) | 18単位 |
| ■ | サービス提供体制強化加算(Ⅲ)(1日につき) | 6単位 |
| ■ | 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の3.9% |
| □ | 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の2.9% |
| □ | 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の1.6% |
| □ | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の2.1% |
| ■ | 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の1.7% |
| ■ | 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 所定単位数の0.8% |

◎1単位は10.72円として計算します。

【介護保険給付対象外サービスについて】

| | | | |
|----------|-------------------|-----------|-----------|
| ① 食費 | 朝昼夕の3食/日 | 1,450円 | 所得に応じた減額有 |
| ② 居住費 | 滞在費 | 1,668円 | 所得に応じた減額有 |
| ③ 行事日 | 季節行事 | 実費 | 必要に応じて |
| ④ 日用品費 | 衣類等リース | 450円～570円 | 外部委託サービス |
| | 床頭台リース | 150円 | |
| ⑤ 教養娯楽費 | 新聞・雑誌・レクリエーション材料費 | - | |
| ⑥ 特別な療養室 | 1人部屋 | 1,100円 | 1人部屋(税込) |

(居住費及び食費の負担限度額について)

| 利用者 | ①居住費(滞在費) | | ②食費 | 合計①② | 内容 |
|--------|-----------|--------|--------|--------|--|
| 負担段階 | 居室環境 | 負担限度額 | 負担限度額 | 利用者負担額 | |
| 第1段階 | 従来型個室 | 490円 | 300円 | 790円 | 市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者及び生活保護受給の方 |
| | 多床室 | 0円 | 300円 | 300円 | |
| 第2段階 | 従来型個室 | 490円 | 390円 | 880円 | 市町村民税世帯非課税で、課税年金等の合計所得額の合計が80万円未満の方 |
| | 多床室 | 370円 | 390円 | 760円 | |
| 第3段階-① | 従来型個室 | 1,310円 | 650円 | 1,960円 | 公的年金等収入金額(非課税年金を含む)+その他の合計所得金額80万円超120万円以下 |
| | 多床室 | 370円 | 650円 | 1,020円 | |
| 第3段階-② | 従来型個室 | 1,310円 | 1,360円 | 2,670円 | 公的年金等収入金額(非課税年金を含む)+その他の合計所得金額120万円超 |
| | 多床室 | 370円 | 1,360円 | 1,730円 | |
| 第4段階 | 従来型個室 | 1,668円 | 1,455円 | 3,123円 | 上記以外の方 |
| | 多床室 | 377円 | 1,445円 | 1,822円 | |

(費用について)

原則、利用料金の1割が利用者負担額となります。

※利用者負担額減免を受けている場合は、減免率に応じた負担額になります。

保険料の滞納等により、当施設に直接介護保険給付が行われない場合がありますので、その場合、料金表の利用料金金額をお支払いいただきます。利用料のお支払いと引き換えに領収証とサービス提供証明書を発行いたします。

※サービス提供証明書は、利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

【外泊時の費用について】

要介護状態区分にかかわらず、1日につき378円。ただし、1ヶ月に7泊(6日分)を限度とします。月をまたがる場合は、最大で連続13泊(12日分)を上限とします。尚、外泊中でも居住費は徴収させていただきます。

【利用料金のお支払い方法について】

利用料金は、1か月ごとに計算します。毎月月末を締日として、翌月10日以降に利用料金を請求いたします。

□銀行振り込み

| | |
|------|-----------------------------|
| 金融機関 | りそな銀行 長吉支店 |
| 口座番号 | 普通預金口座 1325495 |
| 口座名義 | 医療法人寺西報恩会 長吉総合病院 理事長 総野進 |

※ご入金いただいた後、確認してから領収証を発行いたします。

□現金による支払い

| | | |
|------|-----------|------------|
| 支払場所 | 病院1階 会計窓口 | |
| 対応時間 | 月・水・金 | 9:00~19:50 |
| | 火・木 | 9:00~16:50 |
| | 土 | 9:00~12:00 |

※ご入金いただいた後、確認してから領収証を発行いたします。