

利用者： _____ 様

入所療養介護サービス 重要事項説明書

◆◇目次◇◆

1. 経営法人	1
2. 施設の概要	1
3. 施設の目的と運営方針	1
4. 施設の職員体制	2
5. 施設の設備	2
6. サービス内容	3
7. 施設からの退所	4
8. 家族等の代理人	4
9. サービス利用料金	5
10. お支払方法	15
11. 協力医療機関	15
12. 緊急時・事故発生時の対応	15
13. 身体拘束について	15
14. 利用時のリスクについて	16
15. 看取り介護について	16
16. 要望・苦情対応	16
17. 施設利用に当たっての留意事項	17

1. 経営法人

(1) 法人名	社会福祉法人 栄和会
(2) 法人所在地	札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号
(3) 電話番号	011-896-5010
(4) 代表者	理事長 藤井 和子
(5) 設立年月日	平成 5 年 8 月 5 日

2. 施設の概要

(1) 施設の種別	介護老人保健施設
(2) 介護保険指定番号	介護老人保健施設 第 0150380087 号
(3) 施設名	介護老人保健施設あつべつ
(4) 施設所在地	札幌市厚別区厚別町山本 750 番地 6 号
(5) 電話番号	011-896-5020
(6) ファックス番号	011-896-5055
(7) 管理者	山本 馨（施設長・医師）
(8) 開設年月日	平成 8 年 5 月 2 日
(9) 入所定員	100 名（2 階：50 名 3 階（認知症専門棟）50 名）

3. 施設の目的と運営方針

(1) 目的

- ・当施設は、要介護状態と認定された者であって主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする利用者（以下、「利用者」という。）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り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、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護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) 運営方針

- ・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します。
- ・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は行いません。
- ・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ます。
- ・当施設では、明るく家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ・サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用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ます。
- ・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、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、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家族等の了解を得ることとします。

4. 施設の職員体制

(1) 配置基準

職 種	配置基準
医 師	1 人
看護師、准看護師	10 人
介 護 職 員	24 人
支 援 相 談 員	1 人
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	1 人
栄 養 士	1 人
介護支援専門員	1 人
薬剤師、調理員、事務員その他の従業者	適当数

(2) 職務内容

- ・ 医 師
利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行います。
- ・ 看 護 職 員
医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の施設サービス計画に基づく看護を行います。
- ・ 介 護 職 員
利用者の施設サービス計画に基づく介護全般を行います。
- ・ 支 援 相 談 員
利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション、行事等の計画、指導を行い、市町村との連携をはかるほか、ボランティアの指導を行います。
- ・ 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士
医師や看護師等と共同してリハビリテーション実施計画書を作成するとともに、リハビリテーションの実施に際し指導を行います。
- ・ 管 理 栄 養 士
栄養ケア・マネジメント等により利用者の栄養状態の管理を行います。
- ・ 介護支援専門員
利用者の施設サービス計画の原案をたてるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続き等を行います。
- ・ 事務員、用務員
利用に関わる請求書の作成、送付及び預かり金の管理、その他の庶務、経理、設備関係全般の管理及び営繕、敷地内の環境管理を行います。

5. 設備の概要

種 類	設置数	備 考
個室	14 室	チェスト、洗面台、テレビ、冷蔵庫
2 人部屋	3 室	チェスト、洗面台、テレビ、冷蔵庫
4 人部屋	20 室	チェスト、洗面台
食堂	4 室	1 階：1 ヶ所、2 階：1 ヶ所、3 階：2 ヶ所
浴室	4 室	1 階：1 ヶ所、2 階：2 ヶ所（一般浴槽・特殊浴槽） 3 階：1 ヶ所
機能訓練室	3 室	1 階：2 ヶ所、3 階：1 ヶ所
非常災害設備	各所	スプリンクラー、消火器、自動火災報知機、非常警報装置、誘導灯 *防災訓練：年 2 回

6. サービス内容

当施設のサービスは、居宅における生活への復帰を目指し、利用者に関わる多職種の協議によって作成される施設サービス計画に基づいて提供されます。その際、利用者及びその家族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頂いております。

(1) 医療

- ・ 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、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。
- ・ 医薬品等は施設で準備します。

(医療機関等への受診・入院)

- ・ 利用者に対し、当施設医師の医学的判断により受診が必要と認められる場合、協力医療機関またはその他の専門医療機関に診療を依頼します。
- ・ 入所中（外出・外泊中も含む）の医療機関受診は、施設からの依頼による診療のみとなります。外出・外泊中に受診する際は必ず施設へご連絡ください。
- ・ 受診時の対応については、原則施設職員が行いますが、家族での対応を依頼する場合があります。
- ・ 医療機関等に入院となった場合は、介護保険法上、退所の取り扱いとなります。

(2) リハビリテーション

- ・ 理学療法士、作業療法士等が在宅復帰に向けたリハビリテーションを行います。
- ・ 原則として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となっています。

(3) 介護

- ・ 利用者の心身状況に合わせた介護サービスを、多職種の連携により計画的に提供します。

(4) 食事・栄養管理

- ・ 利用者の自立支援のため、離床し食堂で食事して頂くことを原則としています。
- ・ 利用者の低栄養状態の予防・改善のために、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントを行います。実施に際しては、利用者及び家族の同意をいただきます。
- ・ 栄養マネジメント等をもとに、心身状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを行います。
- ・ 利用者の状態や病状に合わせた食事形態や治療食の提供を行います。
- ・ 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けます。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、原則食事の持ち込みはご遠慮いただきます。

(食事時間) 朝食 7時30分～ 昼食 11時30分～ 夕食 18時00分～

(5) 入浴

- ・ 週2回ご利用いただけます。ただし、利用者の身体状況等に応じて清拭となる場合があります。
- ・ 一般浴槽のほか、入浴に介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。
- ・ 入浴時のタオル類・シャンプー類は施設で準備します（ただし、タオル類は週1回のみの交換となります）。

(6) 排泄

- ・ 排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した支援を行います。
- ・ 排泄にかかる用品（オムツ・紙パンツ・パット類）は施設で準備します。

(7) 相談援助

- ・ 利用者及びその家族からの相談に適切に対応します。
- ・ 行政手続きが必要な方に対し、助言や代行手続きなどを行います。

(8) 退所時支援

- ・ 利用者が退所し、居宅での生活が継続できるよう、多職種が連携し助言や指導、退所後のサービスの提案、利用調整を行います。
- ・ 居宅での生活が困難な場合は、利用者の心身状態や意向などに沿って、他施設や医療機関の提案、利用調整を行います。

(9) 記録

- ・ 当施設は、利用者の介護保健施設サービスの提供に関する記録を作成し、その記録を介護保険法及び所官庁の条例で定める期間は適切に保存し、利用者からの照会等の求めに対して、社会福祉法人栄和会「個人情報管理規定」に基づき対応します。

(10) その他

- ・ 理容サービスを原則月 2 回提供します（委託業者）。
- ・ 訪問歯科サービスを原則週 1 回提供します（協力医療機関）。
- ・ 金銭管理について、事務所金庫にて預り金(1 万円～2 万円程)の管理をさせていただきます。
(預り金使用例)
 - ・ 受診の際の費用の引き落とし
 - ・ 利用者の身の回りの品、福祉用具等の費用の引き落とし
 - ・ 施設行事等で利用者個人が使用する際の引き出し

7. 施設からの退所

当施設では利用開始から終了までの期日は特に定めていません。したがって、下記のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができます。

- (1) 利用者又は家族等の代理人から退所の申し出があった場合。
- (2) 利用者が要介護認定において自立または要支援と認定された場合。
- (3) 当施設で実施されるケアカンファレンス等において、退所して居宅において生活ができると判断された場合。
- (4) 利用者の病状・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。
- (5) 利用者が医療機関等入院した場合。
- (6) 利用者及びその家族が、利用料金を 3 ヶ月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず 10 日間以内に支払われない場合。
- (7) 利用者が、当施設・当施設の職員又は他の利用者等に対して、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。
- (8) 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。

8. 家族等の代理人

- (1) 利用者は原則として家族等の代理人（以下、「代理人」という。）を定め、サービス利用契約を締結させるものとします。ただし、代理人を立てることが困難とする相当の理由がある場合は、この限りではありません。
- (2) 代理人はサービス利用契約・重要事項・利用料金等の利用者に関する一切の件に関し、連帯保証の責を負うこととします。
- (3) 代理人に変更があった場合は、利用者もしくは代理人が、速やかに事業所へ連絡するとともに、代理人変更手続きを行うこととします。代理人変更手続きとは本契約書の取り直しを行うこととします。

9. サービス利用料金

利用料金は単位に地域加算 10.14 円をかけた額で、介護保険負担割合証に記載された割合（1割又は2割又は3割）が自己負担額となります。

*料金欄の上段が1割負担の方、中段が2割負担の方、下段が3割負担の方の料金です。

*介護保険料の滞納により、負担割合が3割となる場合があります。

(1) 基本料金（1日当たり）

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
		単位	円	単位	円	単位	円	単位	円	単位	円
在宅強化型	従来型個室	788	799 1,598 2,397	863	875 1,750 2,625	928	941 1,882 2,823	985	999 1,998 2,997	1,040	1,055 2,109 3,164
	多床室	871	884 1,767 2,650	947	961 1,921 2,881	1,014	1,029 2,057 3,085	1,072	1,087 2,174 3,261	1,125	1,141 2,282 3,423
		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
		単位	円	単位	円	単位	円	単位	円	単位	円
基本型	従来型個室	717	727 1,454 2,181	763	774 1,548 2,321	828	840 1,679 2,519	883	896 1,791 2,686	932	945 1,890 2,835
	多床室	793	805 1,609 2,413	843	855 1,710 2,565	908	921 1,842 2,763	961	975 1,949 2,924	1,012	1,027 2,053 3,079
		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
		単位	円	単位	円	単位	円	単位	円	単位	円
その他	従来型個室	703	713 1,426 2,139	748	759 1,517 2,276	812	824 1,647 2,470	865	878 1,755 2,632	913	926 1,852 2,778
	多床室	777	788 1,576 2,364	826	838 1,675 2,513	889	902 1,803 2,705	941	955 1,909 2,863	991	1,005 2,010 3,015

(2) 個別加算（1日当たり・1月当たり・1回当たり）

共通の加算と該当される方のみ加算があります。 *は在宅強化型・基本型のみ算定。

加算名	単位	円	備考
夜勤職員配置加算	24	25 49 73	夜勤職員の勤務条件に関する基準を満たす場合
短期集中リハビリ実施加算（I）*	258	262 524 785	入所者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が、その入所の日から3月以内の期間に集中的にリハビリを行い、かつ、原則入所時および月1回以上ADL等の評価を行

			うとともに、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計画を見直している。
短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）*	200	203 406 609	入所日から3ヶ月以内の期間に集中的にリハビリを行った場合
認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）*	240	244 487 730	（1）理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されている。 （2）入所者数が、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものである。 （3）入所者が退所後生活する居宅または施設等を訪問し、生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成している。 （週3回を限度）
認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅱ）*	120	122 244 365	認知症短期集中リハビリ実施加算（Ⅰ）の（1）及び（2）に該当するものであること。（週3回を限度）
認知症ケア加算	76	77 154 231	認知症専門棟入所者が対象
若年性認知症入所者受入加算	120	122 244 365	若年性認知症入所者が対象
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ*	51	52 104 156	加算型の場合
在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ*	51	52 104 156	在宅強化型の場合
外泊時費用	362	367 734 1,101	外泊時に所定単位数に変えて算定（月6日を限度）
外泊時費用（在宅サービス利用）	800	812 1,623 2,434	外泊時に施設が在宅サービスを提供した場合、所定単位数に変えて算定（月6日を限度）
ターミナルケア加算(1)	72	73 146 219	死亡日以前31日以上45日以下
ターミナルケア加算(2)	160	163 325 487	死亡日以前4日以上30日以下

ターミナルケア加算(3)	910	923 1,846 2,769	死亡日以前2日又は3日
ターミナルケア加算(4)	1,900	1,927 3,854 5,780	死亡日
初期加算(Ⅰ)	60	61 122 183	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、施設に入所した場合で、施設の空床情報について、地域医療情報連携ネットワーク等を通じ、地域の医療機関と定期的に情報共有していること、また、空床情報について、施設のウェブサイト定期的に公表し、急性期医療を担う複数医療機関の入退院支援部門に対し、定期的に情報共有を行っていること。
初期加算(Ⅱ)	30	31 61 92	入所日から30日間
退所時栄養情報連携加算	70	71 142 213	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者または低栄養状態にあると医師が判断した入所者を対象とし、管理栄養士が、退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供した場合。 (月1回を限度)
再入所時栄養連携加算*	200	203 406 609	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者に対して、施設と医療機関の管理栄養士が連携し栄養ケア計画を作成した場合 (1回を限度)
入所前後訪問指導加算(Ⅰ)*	450	457 913 1,369	入所前から入所者の自宅等を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行った場合
入所前後訪問指導加算(Ⅱ)*	480	487 974 1,461	入所前後訪問指導加算(Ⅰ)の内容に加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目ない支援計画を作成した場合

試行的退所時指導加算*	400	406 812 1,217	試行的に退所する場合において、利用者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合（3月に限り1人につき1回を限度）
退所時情報提供加算（Ⅰ）*	500	507 1,014 1,521	居宅へ退所する入所者について、退所後の主治の医師に対して入所者を紹介する場合、入所者の同意を得て、当該入所者の診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合（1回を限度）
退所時情報提供加算（Ⅱ）*	250	254 507 761	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、当該入所者等の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合（1回を限度）
入退所前連携加算（Ⅰ）*	600	609 1,217 1,826	居宅介護支援事業者と入所前後から連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めた場合（1回を限度）
入退所前連携加算（Ⅱ）*	400	406 812 1,217	退所後居宅において居宅サービス等を利用する場合、関係事業者への情報提供・利用調整を行った場合（1回を限度）
訪問看護指示加算*	300	305 609 913	退所時に訪問看護事業所等へ訪問看護指示書を交付した場合（1回を限度）
協力医療機関連携加算(1)	100	102 203 305	相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合（月1回を限度）
協力医療機関連携加算(2)	5	5 10 15	上記以外の協力医療機関と連携している場合（月1回を限度）

栄養マネジメント強化加算	11	12 23 34	栄養状態の維持・改善を図る為に、栄養管理を計画的に行っている場合
経口移行加算*	28	29 57 85	経管より摂取している利用者に対し経口移行計画が作成されている場合(原則180日を限度)
経口維持加算(Ⅰ)*	400	406 812 1,217	経口により摂取し、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる利用者に対し、経口維持計画が作成されている場合(月1回)
経口維持加算(Ⅱ)*	100	102 203 305	経口維持加算(Ⅰ)を算定している場合であって、経口による継続的な摂取を支援・観察・会議等に医師・言語聴覚士等が加わった場合(月1回)
口腔衛生管理加算(Ⅰ)*	90	92 183 274	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月2回以上行い、当該入所者に係る口腔ケアについて、介護職員に対し、具体的な技術的助言及び指導を行った場合(月1回)
口腔衛生管理加算(Ⅱ)*	110	112 223 335	口腔衛生管理加算(Ⅰ)に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出した場合(月1回)
療養食加算	6	6 12 18	医師の指示に基づき、糖尿病食、腎臓病食等の療養食、心臓疾患等に対する減塩食療法を行った場合(1回につき1日3回を限度)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ*	140	142 284 426	入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合(1回を限度)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ*	70	71 142 213	施設において薬剤を評価・調整した場合(1回を限度)
かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)*	240	244 487 730	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ又はロに加え、入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出した場合(1回を限度)

かかりつけ医連携薬剤調整加算 (Ⅲ) *	100	102 203 305	かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ)を算定し、退所時において、内服薬の種類が1種類以上減薬した場合(1回を限度)
緊急時治療管理	518	526 1,051 1,576	救命救急医療が必要となる場合に緊急的な治療管理として投薬・検査・注射・処置等を行った場合(月1回、連続する3日を限度)
所定疾患施設療養費(Ⅰ)*	239	243 485 727	肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪に対し投薬、検査、注射、処置等を行った場合(月1回、連続する7日を限度)
所定疾患施設療養費(Ⅱ)*	480	487 974 1,461	肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪に対し投薬、検査、注射、処置等を行った場合かつ医師が感染症対策に関する研修を受講していること(月1回、連続する10日を限度)
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	3 6 9	日常生活に支障をきたす恐れのある症状等がある認知症利用者に対して専門的な認知症ケアを行った場合
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	4 8 12	
認知症チームケア推進加算(1)	150	153 305 457	施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上かつ、認知症介護の指導に係る専門的な研修を修了した者または認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を終了した者を1名以上配置し複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対するチーム

			を組んでいる。また、対象者に対し定期的な個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施。そして定期的な評価・見直しを行なっていること。(月1回)
認知症チームケア推進加算(Ⅱ)	120	122 244 365	施設における利用者又は入所者の総数のうち、周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の者の占める割合が2分の1以上かつ、認知症の行動・心理症状の予防等に資するケアプログラムを含んだ研修を終了した者を1名以上配置し複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対するチームを組んでいる。また、対象者に対し定期的な個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、その評価に基づく値を測定し、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施。そして定期的な評価・見直しを行なっていること。(月1回)
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	203 406 609	認知症の行動・心理症状により在宅生活が困難で緊急入所が適当であると判断された場合(入所日から7日を限度)

リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅰ）*	53	54 108 162	入所者ごとのリハビリ 実施計画書の情報を厚 生労働省に提出してい る。口腔衛生管理加算 （Ⅱ）および栄養マネジ メント加算を算定して いること。また、多職種 間でリハビリ計画の内 容等の情報その他必要 な情報を共有している こと。かつ、必要に応じ てリハビリ計画の見直 しと内容の共有ができ ていること。（月1回）
リハビリテーションマネジメント 計画書情報加算（Ⅱ）*	33	34 67 101	リハビリ実施計画書 を作成し継続的にリハ ビリテーションの質を管 理していること。また、 入所者ごとのリハビリ 実施計画書の情報を厚 生労働省に提出してい る場合（月1回）
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）*	3	3 6 9	褥瘡の発生と関連リス クについて入所時等に 評価するとともに、少 なくとも3月に1回、評 価とその結果を厚生労 働省に提出。褥瘡が認 められた場合または関 連リスクがあるとされ た入所者ごとに、多職 種が共同して褥瘡ケア 計画書を作成している こと （月1回）
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）*	13	14 27 40	褥瘡マネジメント加算 （Ⅰ）に加え、施設入 所時等の評価の結果、 褥瘡の認められた入所 者等について、当該褥 瘡が治癒したこと、ま たは褥瘡が発生するリ スクがあるとされた入 所者等について褥瘡の 発生がなかった場合 （月1回）

排せつ支援加算（Ⅰ）*	10	11 21 31	排せつに介護を要する入所者に対して原因の分析、支援計画の作成及び少なくとも3月に1回、評価をしていること。また、評価結果等を厚生労働省に提出していること。
排せつ支援加算（Ⅱ）*	15	16 31 46	排せつ支援加算（Ⅰ）の要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれること。また、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに悪化がない。または、おむつ使用ありが使用なしに改善した場合。または、施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。
排せつ支援加算（Ⅲ）*	20	21 41 61	排せつ支援加算（Ⅰ）の要件を満たし、要介護状態の軽減が見込まれること。また、排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに悪化がない。または、施設入所時・利用開始時に尿道カテーテルが留置されていた者について、尿道カテーテルが抜去されたこと。かつ、おむつ使用ありが使用なしに改善した場合。
自立支援促進加算*	300	305 609 913	医師が入所時に医学的評価をおこない支援計画等の作成に参加していること。また、少なくとも3月に1回、支援計画の見直しをおこなっていること。かつ、医学的評価の結果を厚生労働省に提出している場合（月1回）
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	41 81 122	少なくとも3月に1回、入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出した場合

科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	61 122 183	少なくとも3月に1回、入所者の心身の状況等に係る基本的な情報に加え、疾病の状況服薬情報等の情報を厚生労働省に提出した場合
安全対策体制加算	20	21 41 61	外部の研修を受けた担当者が配置され、施設内に安全対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制が整備されていること。 (入所時に1回)
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	10	11 21 31	第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保している。また、協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決め、感染症の発生時等に連携し適切に対応している。診療報酬における感染対策向上加算または外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関または地域の医師会が定期的に行う院内感染対策に関する研修又は訓練に年に1回以上参加している。
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5	5 10 15	診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けている。
新興感染症等施設療養費	240	244 487 730	入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症※に感染した場合に相談対応、診療、入院調整等を行う医療機関を確保し、かつ、感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行った上で、介護サービスを行った場合。(月1回、連続する5日を限度)

生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100	102 203 305	（Ⅱ）の要件を満たし、（Ⅱ）のデータにより業務改善の取組による成果が確認されていること。かつ、見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。かつ、職員間の適切な役割分担（介護助手の活用等）の取組等を行っていること。また、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータのオンラインでの提出を行うこと。
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	11 21 31	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保および職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること。かつ、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。かつ、1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータのオンラインでの提出を行うこと。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	23 45 67	介護福祉士80%以上または、勤続10年以上介護福祉士35%以上のいずれかに該当
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	19 37 55	介護福祉士60%以上
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	6 12 18	介護福祉士50%以上または、常勤職員75%以上または、勤続7年以上30%以上のいずれかに該当すること。
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数×75/1000		

(3) 個別減算 (1日当たり・1月当たり・1回当たり)

法令で定められている要件を満たさなかった場合に適用されます。

減算名	単位	円	備考
安全管理体制未実施減算	-5	-5 -10 -15	運営基準における事項の発生または、再発を防止するための措置が講じられていない場合
栄養ケア・マネジメントの未実施	-14	-15 -29 -43	栄養管理の基準を満たさない場合
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数×10/100		身体拘束廃止の基準を満たしていない場合
業務継続計画未実施減算	所定単位数×3/100		感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が策定されていない場合
高齢者虐待防止未実施減算	所定単位数×1/100		虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合

(4) 食費・居住費 (1日当たり)

項目/負担段階		第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
食費		300円	390円	650円	1,360円	1,445円
居住費	従来型 個室	550円	550円	1,370円	1,370円	1,728円
	多床室	0円	430円	430円	430円	437円

*食費・居住費について、標準負担額は第4段階の料金となりますが、介護保険負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が1日にお支払いいただく上限となります。

(5) 施設設定費用 (1日当たり・1回当たり)

適用	項目	金額	備考
	タオル代	150円	(1日当たり) 毎日自由に使用可能(必要最低限以外での提供)
	コーヒー提供サービス	100円	(1日当たり) コーヒー・ココア・昆布茶等の飲み物代(水分補給以外での提供)
	特別室料(個室)	650円	(1日当たり) テレビ・冷蔵庫使用料込
	特別室料(2人部屋)	350円	(1日当たり) テレビ・冷蔵庫使用料込
	施設洗濯料(水洗い可能なもの)	150円	(1日当たり) 水洗いのみとなり、クリーニングが必要な場合は別途実費負担
	預り金管理料	30円	(1日当たり)
	テレビ使用料	110円	(1日当たり)
	冷蔵庫使用料	60円	(1日当たり)
	理容代	1,700円	(1回当たり)

	一般診断書料	3,000円	(1回当たり)
	死亡診断書料	5,000円	(1回当たり)
	特別行事食費	実費	(1回当たり)
	教養娯楽費	実費	(1回当たり)
	日常生活上必要なもの	実費	(1回当たり)

*施設設定費用には、別途消費税がかかるものがあります。

10. お支払方法

毎月15日までに前月分の請求書を発行しますので、その月末日までに以下の方法でお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

- (1) 窓口での現金支払い
- (2) 銀行振込

【振込先】北洋銀行 すすきの支店 普通 0752394

【口座名】社会福祉法人栄和会 老人保健施設あつべつ 理事長 藤井和子
(シャイフクホクジンエイワカイ ロウジンホケンシツアツベツ リジチョウ フジイリコ)

- (3) 金融機関口座自動引き落とし

11. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、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。

- ・ 医療法人 札幌平岡病院
(住所) 札幌市清田区平岡2条1丁目15番20号
(電話) 011-881-3711
- ・ 医療法人社団 札幌歯科口腔外科クリニック
(住所) 札幌市厚別区厚別中央1条6丁目3番1号ホクノー新札幌ビル3F
(電話) 011-801-1400

12. 緊急時・事故発生時の対応

- (1) 緊急時の対応

- ・ 施設医師の医学的判断により受診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- ・ 当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- ・ 利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び代理人が指定する者に対し緊急に連絡します。
- ・ 利用者が心肺停止状態となった場合等、急変時においては迅速な判断・対応が必要となるため、当施設の医療スタッフ（医師・看護師）の判断により、救急搬送または当施設での死亡診断を行います。その際、利用者の尊厳に配慮した対応を行います。

- (2) 事故発生時の対応

- ・ サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は利用者に対し必要な措置を講じます。
- ・ 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- ・ 事故発生時は代理人又は代理人が指定する者等及び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。

13. 身体拘束について

- (1) 当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- (2) 自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断し身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

14. 利用時のリスクについて

当施設では利用者が快適な入所生活を送ることができるように、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ください。

- 歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷などの恐れがあります。
- 当施設はリハビリ施設であることや原則として身体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し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。
- 利用者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。

15. 看取り介護について

利用者本人が医師の診断により回復の見込みがないと判断された場合、最期の場所および治療等について、利用者または家族の意向を最大限尊重し、同意を得たのちに下記の通り看取り介護を行います。

- 利用者本人に苦痛を伴う処置や医療機関への搬送は行いません。
- 身体的介護では安心できる声掛けをし、身近に人を感じられるように、尊厳を守る援助をいたします。
- 食事はできる限り経口摂取に努め、経管栄養は行いません。
- 医師の指示により苦痛や痛みを和らげる方法を取り、当施設内でできる限りの看取り介護を行います。
- 利用者本人・家族の希望に沿った対応に心がけます。
- 利用者本人・家族の意向に変化があった場合は、その意向に従い援助をいたします。

16. 要望・苦情対応

(1) 施設での対応

- ・ 利用者及び代理人等は、当施設の提供する介護保健施設サービスに対しての要望又は苦情等について、下記の担当者に申し出ることができます。
- ・ 要望又は苦情の対応手順については以下の通りとなります。
 - ① 電話・面接・書面等にて、担当者が内容をお聞きします。
 - ② 担当者は書面で苦情解決責任者に報告し、事実関係の確認と協議の準備を行います。
 - ③ 事実関係の確認後、苦情解決責任者は申し出をされた方と誠意を持って話し合いを行い解決に努めます。
- ・ 要望又は苦情の対応職員は、以下の通りとなります。

苦情解決責任者	山本 馨	(施設長・医師)
苦情受け担当者	田村 誠也	(支援相談係長)

第三者委員 林 恭裕（社会福祉法人栄和会 監事）
 （住所）北広島市西の里東 4 丁目 3-14
 （電話）090-3890-1365
 奥田 龍人(NPO 法人シーズネット 理事長)
 （住所）札幌市手稲区前田 2 条 11 丁目 10-1
 （電話）090-7053-5234

(2) 施設以外での対応

苦情申し出は以下の公的機関でも行えます。

- ・ 札幌市厚別区役所保健福祉課
 （住所）札幌市厚別区厚別中央 1 条 5 丁目
 （電話）011-895-2400
- ・ 北海道福祉サービス運営適正化委員会
 （住所）札幌市中央区北 2 条西 7 丁目かである 2・7
 （電話）011-204-6310
- ・ 国民健康保険団体連合会
 （住所）札幌市中央区南 2 条西 14 丁目
 （電話）011-231-5161
- ・ その他各市区町村役所介護保険関係部署

17. 施設利用に当たっての留意事項

- (1) 面会時間は午前 9 時～午後 9 時までとなります。面会の際は 1 階ロビーにある面会カードのご記入をお願いします。
- (2) 外出・外泊は所定の手続きがありますので、各階スタッフにお申し出下さい。
- (3) 所持品は必要最小限のものとし、紛失を避けるため名前のご記入をお願いします。施設生活に関わるもの以外の物品（少額の現金・嗜好品等）に関しては自己管理となります。
- (4) 多額の現金、貴重品、通帳等の居室での管理はご遠慮下さい。
- (5) 事務所にて預り金の管理をさせて頂いております。受診の際の料金等を預り金より引き落とすことができます。なお、残金は退所時に返金します。
- (6) 施設内は禁煙となっております。
- (7) ペットの持ち込みはご遠慮願います。
- (8) 居室及び共用設備等の使用は、本来の用途に従ってご利用下さい。備品、設備を故意に破損させたり、汚したりした場合は相応の代価をお支払いいただく場合がございます。
- (9) 利用者に対しサービスの実施及び安全衛生等の必要な措置をとるため、居室内に立ち入る事がございます。但し、利用者のプライバシー保護等について十分な配慮を行います。
- (10) 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、利用者やその家族等の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

付 則

- この重要事項説明書は、平成27年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成27年 8月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年 6月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成28年12月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成29年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成30年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成30年 8月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成30年12月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、平成31年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 元年 5月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 元年10月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 2年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 3年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 3年 8月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 3年10月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 4年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 4年10月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 4月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 6月 1日より施行する。
- この重要事項説明書は、令和 6年 8月 1日より施行する。

<記入欄>

【請求書・領収書の送付先】

氏名 ふりがな _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

【緊急連絡先】

① 氏名 ふりがな _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

② 氏名 ふりがな _____ (続柄)

住 所 _____

電話番号 (自宅) _____ (携帯)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

本重要事項説明書を2通作成し、利用者・事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

介護老人保健施設あつべつ入所療養介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人栄和会 介護老人保健施設あつべつ

説明者職名 支援相談員 氏 名 _____ 印

利用者 _____ は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、介護老人保健施設あつべつ入所療養介護サービスの提供開始に同意しました。

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 _____ 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【家族等の代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

*心身状況により、利用者本人による記入が困難なため、重要事項については家族等の代理人が同意し記入する。 印

(事業者控え)