

重 要 事 項 説 明 書

(ライフケアはるさか 入所のご案内)

1. 介護保険証の確認

入所のお申込みにあたり、入所希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護老人保健施設 ライフケアはるさか
- ・開設年月日 西暦 2013 年 4 月 1 日
- ・所在地 福井県坂井市春江町中筋第 100 号 77 番地
- ・電話番号 0776-58-0183 ・FAX 番号 0776-58-3180
- ・管理者名 佐藤 嘉紀
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (1871700975 号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

【目的】 介護老人保健施設は、看護・医学的管理の下で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、居宅における生活への復帰を目的とする。

【方針】 1.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、その入所者の居宅における生活への復帰を目指すものとする。

2.施設は、入所者の意志及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って介護保健施設サービスの提供に努めるものとする。

3.施設は、明るく家庭的な雰囲気のもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市町、居宅介護支援事業所、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又は福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めるものとする。

(3) 施設の従業者の体制

| | | | |
|--------|-------|-------------|--------|
| 管理者 | 1 名 | 支援相談員 | 1 名 |
| 医師 | 1 名 | 介護職員 | 10 名以上 |
| 看護職員 | 3 名以上 | 管理栄養士 | 1 名 |
| 理学療法士等 | 1 名以上 | 介護支援専門員(兼務) | 1 名 |
| 薬剤師 | 1 名 | | |

(4) 入所定員 29 名

(5) 居室等の概要

| 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 | 居室・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|----------|-----|---------------------------------|----------|------|----------------------------------|
| 1 人部屋 | 9 室 | 面積 8.61 m ² (平均値) | 2 人部屋 | 10 室 | 面積 20.80 m ² (平均値) |
| 合 計 | | | | 19 室 | |

| | | | | | |
|-------|------|-------------------------|---------|-----|-------------------------|
| 機能訓練室 | 1 室 | 面積 40.01 m ² | 談話室 | 1 室 | 面積 9.39 m ² |
| 食堂 | 2 室 | 面積 58.50 m ² | 診察室兼静養室 | 1 室 | 面積 15.84 m ² |
| 一般浴室 | 1 室 | 面積 4.96 m ² | 特殊浴室 | 1 室 | 面積 27.40 m ² |
| 便所 | 5 箇所 | | | | |

3. サービス内容

(1) 施設サービス計画の立案

施設サービスを提供するにあたっては、従業者の協議によって「施設サービス計画」を作成し、それに基づいて介護サービスを提供いたします。その際、入所者、家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画内容については同意をいただくようになります。

(2) 医療・看護

医師・看護職員により、適切な医療看護サービスを行います。

(3) 介護

施設サービス計画に基づきサービスを行います。

(4) 機能訓練<リハビリテーション・レクリエーション>

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内における生活全般が機能訓練「生活リハビリ」という考えのもとサービスを行います。

(5) 食事

朝食 7：30 昼食 12：00 おやつ 15：00 夕食 17：30

原則として食堂でおとりいただきます。

(6) 入浴

週に最低2回ご利用いただけます。但し、入所者の身体状況に応じて清拭となることがあります。

(7) 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

(8) 理美容サービス

(9) 行政手続き代行

認定申請・区分変更等介護保険に関する諸手続きや行政手続きなどに関する代行業務を行います。

(10) 生活相談

支援相談員が、療養上の悩みについての相談や、介護保険その他の法令に則った制度についてのご相談などに応じます。

(11) 他施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、他の医療機関、施設等をご紹介します。

4. 利用料金

介護サービスを受ける時に支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です。

(1) 施設サービス費〈基本型〉(1日あたり)(1割負担の場合)

(単位:円)

| 要介護度 | 個室 | 多床室 | 食 事 | 朝 4 0 0 | 1 日 1, 8 0 0 (おやつ込) |
|-------|--|---------|-----------------------|----------|------------------------|
| 要介護 1 | 7 1 7 | 7 9 3 | | 昼 7 2 0 | |
| 要介護 2 | 7 6 3 | 8 4 3 | | 夜 6 8 0 | |
| 要介護 3 | 8 2 8 | 9 0 8 | 宿泊費 (個室) | 2, 0 0 0 | 光熱費込 |
| 要介護 4 | 8 8 3 | 9 6 1 | (2 人部屋) | 6 0 0 | 光熱費 |
| 要介護 5 | 9 3 2 | 1 0 1 2 | 初期加算(Ⅱ) (入所日より 30 日間) | | 3 0 |
| 外泊時費用 | 3 6 2 円 ※1 か月のうち 6 日を限度として施設サービス費の代わりに算定します。 | | | | |

(2) 個別サービス費

| 項 目 | 金 額 |
|----------------------------|----------------|
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | 51円/日 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | 258円/回 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ) | 200円/回 |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | 240円/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円/月 |
| 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) | 450円/回 |
| 退所時情報提供加算(Ⅰ) | 500円/回 |
| 退所時情報提供加算(Ⅱ) | 250円/回 |
| 入退所前連携加算(Ⅰ) | 600円/回 |
| 入退所前連携加算(Ⅱ) | 400円/回 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11円/日 |
| 療養食加算 | 6円/食 |
| 夜勤職員配置加算 | 24円/日 |
| 緊急時施設治療管理加算 | 518円/日 |
| 所定疾患施設療養費(Ⅰ) | 239円/日 |
| 所定疾患施設療養費(Ⅱ) | 480円/日 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) イ | 140円/回 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ) ロ | 70円/回 |
| ターミナルケア加算(死亡日以前31日以上45日以下) | 72円/日 |
| ターミナルケア加算(死亡日以前4日以上30日以下) | 160円/日 |
| ターミナルケア加算(死亡日以前2日又は3日) | 910円/日 |
| ターミナルケア加算(死亡日) | 1,900円/日 |
| 協力医療機関連携加算 | 50円/月 |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅱ) | 60円/月 |
| サービス提供体制加算Ⅱ | 18円/日 |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 7.5%に相当する単位数加算 |

(3) その他利用料

1) 個人用の日用品費

| | | | |
|-------------|----------|------------|----------|
| ①保湿クリーム | 1,000円／本 | ②歯ブラシ | 100円／本 |
| ③歯磨き粉 | 200円／本 | ④特殊歯ブラシ | 1,500円／箱 |
| ⑤入れ歯洗浄剤 | 1,000円／箱 | ⑥ティッシュペーパー | 100円／箱 |
| ⑦汚染物洗濯 | 200円／品 | ⑧マスク | 10円／枚 |
| ⑨個別の電気代（1台） | 50円／日 | ⑩希望による電話代 | 10円／分 |

2) タオルリース料 1,700円／月

月途中での入所・退所時は日割り計算になります。 日割り 55円／日

3) 趣味・クラブ等活動材料費 実費

4) 散髪代 1,500円／回

5) 健康管理費 実費（インフルエンザ予防接種、肺炎球菌ワクチン予防接種等）

6) 私物洗濯 原則として家族に行っていただきます。

※介護者の体調不良や家庭事情により困難な場合、業者委託が可能です。

支援相談員にご相談ください。

(4) 特定入所者介護サービス費

食費・居住費について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食費及び居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく上限となります。

(5) 支払方法

原則、銀行口座引き落としとさせていただきます。

- ご利用代金の締め日 毎月末日
- 請求書発行 翌月15日までに請求書を郵送します。
- 引き落とし日 毎月25日引き落とし（日・祝日の場合は翌営業日）

5. 協力医療機関

| | |
|-----------|--|
| クリニックはるさか | 住所：福井県坂井市春江町中筋第100号75番地 電話：0776-58-0180 |
| 春江病院 | 住所：福井県坂井市春江町針原65-7 電話：0776-51-0029 |
| 福井県済生会病院 | 住所：福井県福井市和田中町舟橋7番地1 電話：0776-23-1111 |
| 城戸歯科医院 | 住所：福井県坂井市春江町随応寺21 電話：0776-51-0214 |

6. ご入所期間

入所期間は、概ね3ヶ月毎に継続判定会議にて、入所者の様子、家族の事情等を考慮し入所継続の可否を判定いたします。

7. 入所中の医学管理に関して

(1) 入所時のクリニック受診

入所後の健康管理、病歴、服薬確認の為に、入所当日に併設クリニック受診をしていただき

ます。個人カルテを作成し、必要に応じて検査を実施いたします。

(2) 入所後の服薬管理

入所中のお薬は主治医の判断により当施設から処方いたしますので、必要最低限に限らせていただき、以前のお薬と変更になる場合、投薬量が変わる場合があります。入所中に他院からのお薬の処方をご希望の場合は必ずご相談ください。

(3) 入所後の疾病管理

介護老人保健施設では、入院治療が必要のない範囲の治療や、日常的な医学的対応（処置、投薬等医療管理）が包括されています。当施設に於いても、この範疇で入所中の疾病管理をさせていただきます。ただし、後述の他科受診のように当施設で適切な医療を提供することが困難な場合、または当施設の診察では対応できない場合（例えばレントゲン撮影を併設のクリニックで行う場合など）は、医療保険適応となります。

(4) 他医療機関の受診（他科受診）

前述のように当施設で適切な医療を提供することが困難と主治医が判断した場合、他の医療機関を受診（受診、通院）していただきます。また、それ以外に受診を希望される場合は必ず事前にご相談ください。

- 1) 医療受給者証に別様式の文章を添えて、他医療機関を受診していただきます。
- 2) 他医療機関には、介護老人保健施設入所者であることを確認してもらった上で診療を依頼します。
- 3) 入所者の診療後、他医療機関より介護老人保健施設の医師に対して、療養上必要な情報の提供を受けます。他医療機関への受診については、家族に対応していただきます。但し、緊急時や、やむを得ない理由で家族の対応が困難な場合は、当施設従業員が適切に受診できるように対応いたします。

8. 入所中の留意事項について

- (1) 施設入所中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事を摂取頂きます。施設は、入所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、食事内容を管理・決定できる権限を委託いただくこととします。
- (2) 面会は、9時～18時とし、面会者は必ず面会簿に所定事項を記入してください。
- (3) 施設内は禁煙とし、飲酒は厳禁とします。
- (4) ペットの持ち込みは禁止します。
- (5) 火気の取り扱いは禁止します。
- (6) 所持品・備品等の持ち込みは、当施設の入所時必要品項目以外は事前にご相談ください。
- (7) 金銭・貴重品を持ち込んだ時は自己管理とし、当施設は紛失・盗難等の被害の責を負いません。
- (8) 外泊・外出時等の施設外での受診や与薬は、原則できません。必要な場合は、必ず事前に申し出てください。
- (9) 多くの入所者に安心して生活を送っていただくため、入所者の営利活動・宗教の勧誘・特定の政治活動等を禁止します。
- (10) 他入所者への迷惑行為は禁止します。

- (11) 入所者の責めに帰すべき事由によって当施設が被害を被った場合には、入所者および保証人に連帯してその損害の賠償を請求します。

9. 非常災害対策

- (1) 防火設備 自動火災報知器、非常通報設備、スプリンクラー、非常避難器具
(2) 防火訓練 年2回（そのうち1回は夜間を想定したものとする）

10. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 苦情が発生した場合は速やかに事実関係を調査し、対応を協議し適切な措置を講じます。
(2) 苦情申立者には施設として文章又は口頭により対応について説明を行います。
(3) 当施設におけるご相談や苦情は以下で受け付けます。

○苦情受付担当者

主 任 西田 幸司

支援相談員 佐々木 かず江

TEL 0776-58-0183

○受付時間 毎週月～金曜日 9:00～17:00

また、苦情ボックスを事業所内に設置しています。

(4) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------|-------------------|
| 坂井市役所高齢福祉課 | 電話番号 0776-50-3040 |
| 坂井地区広域連合 介護保険課 | 電話番号 0776-91-3309 |
| 坂井市春江地域包括支援センター | 電話番号 0776-43-0227 |
| 福井市役所介護保険課 | 電話番号 0776-20-5715 |
| 福井県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 0776-57-1614 |

11. 緊急時の対応

- (1) 当施設は、入所者に対し、施設医師の医学的判断により当施設で適切な医療を提供することが困難な場合、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。
(2) 当施設は、入所者に対し、当施設における介護保険のサービスでの対応が困難な状態、または、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。
(3) 前2項のほか、入所利用中に入所者の心身の状態が急変した場合、当施設は、契約者及び契約者が指定する者に対し、緊急に連絡します。

12. 事故発生時の対応

- (1) 当施設は、万が一施設内で事故が発生した場合には、マニュアルに則り入所者に対し速やかに必要な措置を講じます。
(2) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学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。
(3) 前2項のほか、当施設は契約者および契約が指定する者およ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. 個人情報の保護について

- (1) 当施設は、業務上知り得た入所者およびその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律その他の関係法令等を遵守し、適正に取り扱います。
- (2) 従業者は、その業務上知り得た入所者およびその家族の秘密を保持するため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (3) 当施設は、他の介護保険サービス事業所等に対して、入所者およびその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ入所者およびその家族の同意を得るものとします。

14. 身体拘束について

当施設および従業者は、入所者または他の入所者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、入所者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。また、定期的に身体拘束廃止に向けてカンファレンスを実施します。

15. 虐待防止について

入所者の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずるよう努めます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者等に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待の防止を普及・啓発するための従業者に対する研修の実施
- (4) 虐待防止に関する担当者の設置

従業者は、当施設従業者または擁護者による、虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通報します。

16. 事業継続計画の策定等について

- (1) 感染症または非常災害の発生時において入所者に対し介護老人保健施設の提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該事業継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 従業者等に対し、事業継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

17. ハラスメントについて

- (1) 当施設は、適切な介護老人保健施設の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動または優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ、相当な範囲を超え

たものにより従業者等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講ずるものとします。

- (2) 入所者、契約者、またはそのご家族等が、当施設やサービス従業者、あるいは他の入所者、その他の関係者に対して故意にハラスメントや暴言等の法令違反、その他著しく常識を逸脱する行為を行った場合はサービスのご利用を一時中止および利用停止させていただく場合があります。

事業者は、入所者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事 業 者 所 在 地：〒919-0449 福井県坂井市春江町中筋第 100 号 77 番地
事業所名：医療法人松福会 介護老人保健施設ライフケアはるさか
代表者名：理事長 佐藤 嘉紀

説明者氏名：

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人保健施設についての重要事項の説明を受けました。

西暦 年 月 日

入 所 者 氏 名 _____

契 約 者 氏 名 _____

(続柄：)