

介護老人保健施設サービス利用案内 (重要事項説明書)

《介護老人保健施設サービス利用の案内にあたって》

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護老人保健施設かがやきが行います介護老人保健施設サービス（以下「施設サービス」といいます。）について、利用される前に知っておいて頂きたい重要事項を説明いたします。

わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

介護老人保健施設かがやき

《施設サービスに関する重要な事項》

1 施設サービスを提供する事業者

事業者	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
代表者名	理事長 行松 英明
所在地	大阪府箕面市白島三丁目 5 番 50 号
(連絡先)	(電話) 072-724-8166 (ファックス番号)072-724-8165

2 施設サービスを提供する施設

(1) 施設の名称等

施設の名称	介護老人保健施設かがやき
施設所在地	大阪府豊中市刀根山元町 5 番 60 号
管理者	管理者（施設長） 眞下 節
連絡先	(電話) 06-6850-3400 (ファックス番号) 06-6850-9700
介護保険事業者番号	2754080121
入所定員	100 人

(2) 施設サービスの目的および運営方針

目的	介護保険法に基づき、要介護と認定された方が、可能な限りその居宅において、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支援するとともに、その方の居宅における生活への復帰を目指すことを目的とします。
運営方針	1. 入所者の意思および人格を尊重し、常に入所者の立場に立った施設サービスの提供に努めます。 2. 明るく家庭的な雰囲気有し、地域と家庭との結びつきを重視します。 3. 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設およびその他の保健医療サービス・福祉サービスを提供する者との密接な連携を行うよう努めます。 4. 施設サービスの目的の達成のため、職員の熱意と資質の向上を図るよう努めます。

3 施設の職員体制等

(1) 施設の配置職員

職 種	基準 人員	職 務 内 容
医師	1	施設サービス業務を統括するとともに、入所者の健康管理及び医療の措置を講じる。
薬剤師	0.4	医師の処方に基づく調剤及び医薬品の管理業務を行う。
看護職員	10	管理者の指示のとともに、入所者の保健衛生・看護業務を行う。
介護職員	24	管理者の指示のもとに、入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	1	管理者の指示のもとに、入所者に対し機能訓練・指導等の業務を行う。
介護支援専門員	1	入所者の施設サービス計画の作成し、説明、同意のうえ交付を行う。
支援相談員	1	管理者の指示のもとに、入所者等に対し支援相談の業務を行う。
栄養士	1	管理者の指示のもとに、入所者等の食事献立に関すること及び栄養指導ならびに栄養管理業務を行う。
事務職員		管理者の指示のもとに、事業の運営事務及び施設の維持管理業務を行う。

(2) 職員の勤務体制

① 看護・介護職員（入所者：看護・介護職員＝3：1）

勤務体制	勤務時間
日中の勤務者	8：45 ～ 17：30
早出の勤務者	7：00 ～ 15：45
遅出の勤務者	11：30 ～ 20：15
	13：15 ～ 22：00
夜間の勤務者	16：30 ～ 翌日 9：30
	22：00 ～ 翌日 7：00

② その他の職員

受付日	月曜日から土曜日（ただし祝日及び12月29日～1月3日を除く）
受付時間	午前8時45分～午後5時30分まで

4 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応として、当施設の消防計画及び防災マニュアルにより対応します。
- (2) 防災訓練は、当施設の消防計画により、昼間と夜間を想定した避難・防災訓練を年2回以上実施します。

(3) 防災設備

・避難階段	2カ所	・防火・防排煙設備	あり
・スプリンクラー設備	あり	・自動火災報知器	あり
・火災通報装置	あり	・非常電源設備	あり
・非常警報装置	あり	・避難器具（すべり台）	1カ所
・ガス漏れ火災警報器	あり	・誘導灯及び誘導標識	86カ所
・漏電警報装置	あり	・カーテン等は防災加工商品を使用	

5 施設サービスを受けることができる方

- (1) 介護保険法に基づく被保険者証を有し、要介護と認定された方、および、生活保護法による施設介護に係る介護扶助を受けることができる方
- (2) 病状が安定し、看護・医学的管理下での介護および機能訓練その他必要な医療等が必要な方
- (3) 施設内において集団生活が可能なる方
- (4) 入所中において介護者等の協力が得られる方
- (5) 退所後において介護者等の協力により居宅生活への復帰を目指す方

6 施設サービスを受けるための手続

- ① 施設サービスを受けようとする場合は、所定の利用申込書およびかかりつけ医師の診療情報提供書を提出してください。
- ② 本人の心身の状況を確認するため、施設の専門職員による面接を受けていただきます。
- ③ 面接終了後は、施設内に設置された入所検討会議にて施設療養が適切かどうかの検討を行い、その結果をお知らせいたします。

7 入所中の療養等

- (1) 入所中の療養は、認定された要介護度、本人・家族の意思及び施設の医師等の各専門職の意見により、担当介護支援専門員が施設サービス計画書を作成し、その計画に基づき行います。
- (2) 入浴は、1週間に2回以上とし、その他必要な場合は適宜清拭を行います。
- (3) ケアサポートセットを利用されない場合は利用者の衣服の洗濯をご家族等にて

お願いいたします。

- (4) おむつが必要な方は、施設において用意いたします。
- (5) 褥瘡の発生を防止するための適切な介護を行います。
- (6) 配膳をする時間は、特別な理由がない限り、次のとおりといたします。

朝食—8時 昼食—12時 おやつ—15時 夕食—18時

- (7) 家族等の面会時間は、7時から20時までとなっております。ただし、面会時間以外でのご来所は、他のご入所者の就寝時間などを考慮し、ご遠慮くださいますようお願いいたします。

8 入所者の留意事項

- (1) 団体生活の秩序を守り、相互の和に努めること。
- (2) 他の入所者をはじめ他人に迷惑となる行為をしないこと。
- (3) 所定の場所以外において火気を使用しないこと。
- (4) 入所中（外出・外泊時を含む。）は、原則、医療機関への受診をしないこと。
- (5) 現金・貴重品を持ち込まないこと。
- (6) 宗教の勧誘、特定の政治活動及び営利行為をしないこと。
- (7) ペット等を持ち込まないこと。
- (8) その他職員指示に従うこと。

9 退 所

次のいずれかに該当する場合は、退所となります。

- (1) 入所者または家族等が、退所を決めた場合
- (2) 入所者が要介護認定において自立または要支援等と判定された場合
- (3) 当施設で定期的に実施する退所検討会議において、退所して居宅における生活が可能と判断された場合
- (4) 入所者の病状、心身の状態が著しく悪化し、当施設での適切なサービスの提供が困難と判断された場合
- (5) 他の入所者または職員に対して、利用継続が困難となる程度の迷惑行為を行い、その改善が認められない場合
- (6) 入所者またはその家族が、利用料金を支払期日から2か月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合
- (7) その他やむを得ない事情により施設利用が困難となった場合

10 施設サービスの利用料、その他の費用

次の（１）及び（２）の合計額が利用料となります。

（１）施設サービス費（基本料金）

【基本型】

	費用項目	単位数	利用料	1割	2割	3割	算定回数
基本報酬	従来型個室 要介護 1	714	7,525円	753円	1,505円	2,258円	1日につき
	従来型個室 要介護 2	759	7,999円	800円	1,600円	2,400円	1日につき
	従来型個室 要介護 3	821	8,653円	866円	1,731円	2,596円	1日につき
	従来型個室 要介護 4	874	9,211円	922円	1,843円	2,764円	1日につき
	従来型個室 要介護 5	925	9,749円	975円	1,950円	2,925円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 1	788	8,305円	831円	1,661円	2,492円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 2	836	8,811円	882円	1,763円	2,644円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 3	898	9,464円	947円	1,893円	2,840円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 4	949	10,002円	1,001円	2,001円	3,001円	1日につき
	多床室（4人部屋） 要介護 5	1,003	10,571円	1,058円	2,115円	3,172円	1日につき
加算	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22	231円	24円	47円	70円	1日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18	189円	19円	38円	57円	1日につき
	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6	63円	7円	13円	19円	1日につき
	夜勤職員配置加算	24	252円	26円	51円	76円	1日につき
	短期集中リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	1日につき
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	1日につき
	認知症ケア加算	76	801円	81円	161円	241円	1日につき
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	2,108円	211円	422円	633円	1日につき (入所後7日間)
	若年性認知症利用者受入加算	120	1,264円	127円	253円	380円	1日につき
	認知症情報提供加算	350	3,689円	369円	738円	1,107円	1日につき
	ターミナルケア加算	80	843円	85円	169円	253円	死亡日以前31日以上 45日以下
		160	1,686円	169円	338円	506円	死亡日以前4日以上 30日以下
		820	8,642円	865円	1,729円	2,593円	死亡日の前日 及び前々日
		1,650	17,391円	1,740円	3,479円	5,218円	死亡日
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	34	358円	36円	72円	108円	1日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	46	484円	49円	97円	146円	1日につき
	初期加算	30	316円	32円	64円	95円	1日につき (入所後30日間)
	療養食加算	6	63円	7円	13円	19円	1日につき (1日3回を限度)
再入所時栄養連携加算	200	2,108円	211円	422円	633円	1人1回限度	
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	31円	4円	7円	10円	1日につき	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	42円	5円	9円	13円	1日につき	

加算	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450	4,743円	475円	949円	1,423円	1回につき
	入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480	5,059円	506円	1,012円	1,518円	1回につき
	試行的退所時指導加算	400	4,216円	422円	844円	1,265円	3月間に月1回を限度
	退所時情報提供加算	500	5,270円	527円	1,054円	1,581円	1回につき
	入退所前連携加算（Ⅰ）	600	6,324円	633円	1,265円	1,898円	1人1回限度
	入退所前連携加算（Ⅱ）	400	4,216円	422円	844円	1,265円	1人1回限度
	訪問看護指示加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1回につき
	栄養マネジメント強化加算	11	115円	12円	23円	35円	1日につき
	経口移行加算	28	295円	30円	59円	89円	1日につき
	経口維持加算（Ⅰ）	400	4,216円	422円	844円	1,265円	1月につき
	経口維持加算（Ⅱ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1月につき
	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	948円	95円	190円	285円	1月につき
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	1,159円	116円	232円	348円	1月につき
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1人1回限度
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	240	2,529円	253円	506円	759円	1人1回限度
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1人1回限度
	所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239	2,519円	252円	504円	756円	1月1回連続で7日限度
	所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480	5,059円	506円	1,012円	1,518円	1月1回連続で10日限度
	地域連携診療計画情報提供加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1人1回限度
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33	347円	35円	70円	105円	1月につき
	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	31円	4円	7円	10円	1月につき
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	137円	14円	28円	42円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅰ）	10	105円	11円	21円	32円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅱ）	15	158円	16円	32円	48円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅲ）	20	210円	21円	42円	63円	1月につき
	自立支援促進加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1月につき
	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	421円	43円	85円	127円	1月につき
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	632円	64円	127円	190円	1月につき
	安全対策体制加算	20	210円	21円	42円	63円	入所初日のみ
	外泊時費用	362	3,815円	382円	763円	1,145円	1月6日限度
	緊急時治療管理	518	5,459円	546円	1,092円	1,638円	1日につき (1月1回、連続3日)
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×3.9%					
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×2.1%						
介護職員等ベースアップ等支援加算	月の総単位数×0.8%						

【在宅強化型】

	費用項目	単位数	利用料	1割	2割	3割	算定回数
基本報酬	従来型個室 要介護1	756	7,968円	797円	1,594円	2,391円	1日につき
	従来型個室 要介護2	828	8,727円	873円	1,746円	2,619円	1日につき
	従来型個室 要介護3	890	9,380円	938円	1,876円	2,814円	1日につき
	従来型個室 要介護4	946	9,970円	997円	1,994円	2,991円	1日につき
	従来型個室 要介護5	1,003	10,571円	1,058円	2,115円	3,172円	1日につき
	多床室(4人部屋) 要介護1	836	8,811円	882円	1,763円	2,644円	1日につき
	多床室(4人部屋) 要介護2	910	9,591円	960円	1,919円	2,878円	1日につき
	多床室(4人部屋) 要介護3	974	10,265円	1,027円	2,053円	3,080円	1日につき
	多床室(4人部屋) 要介護4	1,030	10,856円	1,086円	2,172円	3,257円	1日につき
	多床室(4人部屋) 要介護5	1,085	11,435円	1,144円	2,287円	3,431円	1日につき
加算	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	231円	24円	47円	70円	1日につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18	189円	19円	38円	57円	1日につき
	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6	63円	7円	13円	19円	1日につき
	夜勤職員配置加算	24	252円	26円	51円	76円	1日につき
	短期集中リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	1日につき
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240	2,529円	253円	506円	759円	1日につき
	認知症ケア加算	76	801円	81円	161円	241円	1日につき
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200	2,108円	211円	422円	633円	1日につき (入所後7日間)
	若年性認知症利用者受入加算	120	1,264円	127円	253円	380円	1日につき
	認知症情報提供加算	350	3,689円	369円	738円	1,107円	1日につき
	ターミナルケア加算	80	843円	85円	169円	253円	死亡日以前31日以上 45日以下
		160	1,686円	169円	338円	506円	死亡日以前4日以上 30日以下
		820	8,642円	865円	1,729円	2,593円	死亡日の前日 及び前々日
		1,650	17,391円	1,740円	3,479円	5,218円	死亡日
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	34	358円	36円	72円	108円	1日につき
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	46	484円	49円	97円	146円	1日につき
	初期加算	30	316円	32円	64円	95円	1日につき (入所後30日間)
療養食加算	6	63円	7円	13円	19円	1日につき (1日3回を限度)	
再入所時栄養連携加算	200	2,108円	211円	422円	633円	1人1回限度	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	31円	4円	7円	10円	1日につき	
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4	42円	5円	9円	13円	1日につき	

加算	入所前後訪問指導加算（Ⅰ）	450	4,743円	475円	949円	1,423円	1回につき
	入所前後訪問指導加算（Ⅱ）	480	5,059円	506円	1,012円	1,518円	1回につき
	試行的退所時指導加算	400	4,216円	422円	844円	1,265円	3月間に月1回を限度
	退所時情報提供加算	500	5,270円	527円	1,054円	1,581円	1回につき
	入退所前連携加算（Ⅰ）	600	6,324円	633円	1,265円	1,898円	1人1回限度
	入退所前連携加算（Ⅱ）	400	4,216円	422円	844円	1,265円	1人1回限度
	訪問看護指示加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1回につき
	栄養マネジメント強化加算	11	115円	12円	23円	35円	1日につき
	経口移行加算	28	295円	30円	59円	89円	1日につき
	経口維持加算（Ⅰ）	400	4,216円	422円	844円	1,265円	1月につき
	経口維持加算（Ⅱ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1月につき
	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90	948円	95円	190円	285円	1月につき
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110	1,159円	116円	232円	348円	1月につき
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1人1回限度
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	240	2,529円	253円	506円	759円	1人1回限度
	かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	100	1,054円	106円	211円	317円	1人1回限度
	所定疾患施設療養費（Ⅰ）	239	2,519円	252円	504円	756円	1月1回連続で7日限度
	所定疾患施設療養費（Ⅱ）	480	5,059円	506円	1,012円	1,518円	1月1回連続で10日限度
	地域連携診療計画情報提供加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1人1回限度
	リハビリテーションマネジメント計画書情報加算	33	347円	35円	70円	105円	1月につき
	褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3	31円	4円	7円	10円	1月につき
	褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	13	137円	14円	28円	42円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅰ）	10	105円	11円	21円	32円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅱ）	15	158円	16円	32円	48円	1月につき
	排せつ支援加算（Ⅲ）	20	210円	21円	42円	63円	1月につき
	自立支援促進加算	300	3,162円	317円	633円	949円	1月につき
	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40	421円	43円	85円	127円	1月につき
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60	632円	64円	127円	190円	1月につき
	安全対策体制加算	20	210円	21円	42円	63円	入所初日のみ
	外泊時費用	362	3,815円	382円	763円	1,145円	1月6日限度
	緊急時治療管理	518	5,459円	546円	1,092円	1,638円	1日につき (1月1回、連続3日)
	在宅復帰支援機能加算	10	105円	11円	21円	32円	1日につき
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×3.9%					
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	月の総単位数×2.1%						
介護職員等ベースアップ等支援加算	月の総単位数×0.8%						

- ※ 上記金額は、厚生労働省の告示に基づきます。
- ※ 保険請求の算定上、誤差が生じることがあります。
- ※ 夜勤職員配置加算は、夜間および深夜の時間帯について手厚い人員体制をとっている場合に算定します。
- ※ 短期集中リハビリテーション実施加算は、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が入所した日から3月間に20分以上の個別リハビリテーションを1週におおむね3日以上実施した場合に算定します。
- ※ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、認知症であってリハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると医師が判断した入所者について、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が入所した日から3月間に、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等のプログラムを週3日実施した場合に算定します。
- ※ 認知症ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者に対してサービスを提供した場合に算定します。
- ※ 若年性認知症入所者受入加算は、若年性認知症(40歳から64歳まで)の入所者を対象に介護保健施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ ターミナルケア加算は、医師が一般的な医学的見地に基づき回復の見込みがないと診断した入所者に対して、他職種共同にて入所者の状態又は家族の求め等に応じて、随時本人又は家族に十分な説明を行い、合意を取りながらその人らしさを尊重した看取りケアを実施した場合に算定します。
- ※ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算は、厚生労働大臣が定める入所者の割合や人員基準等に適合するものとして届け出ている場合に算定します。
- ※ 初期加算は、当施設に入所した日から30日以内の期間について算定します。
- ※ 再入所時栄養連携加算は、当施設に入所していた者が退所し病院又は診療所に入院後、再度当施設に入所する際、当初に入所していた時と再入所時で栄養管理が異なる場合に、当施設の管理栄養士が入院先の病院等の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合に算定します。
- ※ 入所前後訪問指導加算は、入所期間が1月を超えると見込まれる入所者の入所予定日前30日以内又は入所後7日以内に退所後に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の策定及び診療方針の決定を行った場合に算定します。
- ※ 試行的退所時指導加算は、退所が見込まれる入所期間が1月を超える入所者を試行的に居宅に退所させる場合に、その試行的退所時に入所者及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、最初の試行的退所から3月の間1月一回を限度として算定します。
- ※ 入退所前連携加算は、入所者が退所後に希望する居宅介護支援事業所と連携し入所者の同

意を得て、退所後のサービス方針を定め、必要や情報提供を行い退所後のサービス利用に関する調整を行う場合に算定します。

- ※ 訪問看護指示加算は、入所者の退所時に当施設の医師が診療に基づき、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用の必要性を認め、入所者が選定する訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所に対して、入所者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合に算定します。
- ※ 栄養マネジメント強化加算は、低栄養状態又はそのおそれのある入所者に対して、他職種共同で栄養ケア計画を作成し、これに基づく栄養管理を行うとともに、その他の入所者に対しても食事の観察を行い、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に、算定します。
- ※ 経口移行加算、医師の指示に基づき他職種共同にて、現在経管による食事摂取をしている入所者ごとに経口移行計画を作成し、それに基づき管理栄養士等による支援が行われた場合、算定します。
- ※ 経口維持加算は、現在食事を経口摂取しているが摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき他職種共同にて食事観察及び会議を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し、それに基づき、医師又は歯科医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士が、栄養管理を行っている場合に算定します。
- ※ 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士が入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行い、当該入所者に係る口腔衛生等の管理の具体的な技術的助言及び指導等を介護職員に行っている場合に、算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。
- ※ 在宅復帰支援機能加算は、入所者の家族と連絡調整を行い、入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っている場合に算定します。
- ※ かかりつけ医連携薬剤調整加算は、当施設の医師又は薬剤師が高齢者の薬物療養に関する研修を受講し、入所中に服薬薬剤の総合的な評価を行い、退所時に入所者の主治医に上皮王提供を行った場合等に算定します。
- ※ 緊急時治療管理は、利用者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむをえない事情により行われる医療行為が発生した場合に算定します。
- ※ 所定疾患施設療養費は、肺炎等により治療を必要とする状態となった入所者に、治療管理として投薬、検査、注射、処置等をおこなった場合に連続する7日間を限度として算定します。

- ※ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
- ※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に施設サービスを利用することが適当であると判断した入所者に対し、サービスを提供した場合に算定します。
- ※ 認知症情報提供加算は、過去に認知症の原因疾患に関する確定診断を受けておらず、認知症のおそれがあると医師が判断した入所者について、施設内での診断が困難であると判断された場合に、当該入所者又は家族の同意を得た上で、診療状況を示す文書を添えて厚生労働大臣が定める認知症の専門医療機関に紹介した場合に算定します。
- ※ 地域連携診療計画情報提供加算は、医療保険における地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定されて医療機関を退院した入所者に対して、地域連携診療計画に基づいて作成した、診療計画に基づき入所者の治療を行うとともに、医療機関に入所者に関する診療情報を提供した場合に算定します。
- ※ リハビリテーションマネジメント計画書情報提供加算は、入所者ごとのリハビリテーション実施計画書の内容を厚生労働省に提出し、その情報を施設サービスの適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
- ※ 褥瘡マネジメント加算は、入所者ごとに褥瘡の発生とリスクを評価し、多職種共同にて褥瘡ケア計画を作成し、計画に基づく褥瘡管理を行うとともに、そのケアの内容や状態を記録している場合に算定します。
- ※ 排せつ支援加算は、排せつに介護を要する入所者であって、適切な対応を行うことで要介護状態の軽減が見込まれる者について、多職種共同にて、当該入所者が排せつに介護を要する原因を分析し、それに基づく支援計画を作成し、当該支援計画に基づく支援を継続して実施した場合に算定します。
- ※ 自立支援促進加算は、医師が入所者ごとに自立支援に係る医学的評価を行い、自立支援の促進が必要であると判断された入所者ごとに多職種共同で支援計画を作成し、これに基づくケアを実施した場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を施設サービスの適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
- ※ 安全対策体制加算は、事故発生又はその再発防止のために必要な措置を講じるとともに、安全対策の担当者が必要な外部研修を受講し、施設内に安全管理部門を設置するなど組織的な安全対策体制が整備されている場合に、算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当施設が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。

- ※ 介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算及び介護職員ベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員処遇改善加算及び介護職員ベースアップ等支援加算は、区分支給限度基準額の対象外となります、
- ※ 地域区別の単価(4級地 10.54円)を含んでいます。
- ※ (利用料について、事業者が法廷代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

(2) その他の費用(実費負担分)

ア 加算料金(入所された方)

内 容	日 額
食 費	1,445 円

内 容	日 額
居住費	多床室(4人部屋) 個室 450 円

- * 介護保険負担限度額認定証の交付を受けている方は、上記の金額に代えて認定証記載の負担限度額となります。ただし、負担限度額を下まわった場合は、その額となります。
- * 利用日前日の正午(12時)までに利用中止等の連絡がない場合は、上記食費を徴収します。

イ 加算料金(利用された方)

内 容	日 額
特別療養室料(個室)	3,300 円(税込)

- * 特別療養室料については、外泊の場合も算定させていただきます。

ウ その他(必要とした場合)

内 容	日 額
貴重金品管理料金	1 日 50 円
理美容料	1 回 実費
各種診断書料	1 通 1,100 円(税込)
その他文書料	1 通 550 円(税込)
クラブ活動費	— 材料費(実費)
インフルエンザワクチン接種料	— 65 歳以上 1,500 円
	— 65 歳未満 実費

肺炎球菌ワクチン接種料	—	実費
その他	ケアサポートセットをご利用の場合は業者との契約が必要となり実費が発生します。	

注1：原則貴重金品の管理は家族もしくは関係者などで行っていただきます。貴重金品の管理を担う方がいない場合に限り、貴重金品の管理に関する契約を締結し施設において管理を行いません。

注2：65歳以上の方で、生活保護世帯、あるいは本人及び世帯員全員が市民税非課税の方の場合は、接種料の減免措置がありますので、接種申込時にお申し出ください。

なお、(2) その他の費用額は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、入所者に対して変更を行う日の1か月前までに説明を行い、当該費用額を相当額に変更することがあります。

11 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法等

(1) 利用料、その他の費用の請求

ア 利用料、その他の費用(各種診断書料及びその他文書料を除く)は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

イ 前アにかかる費用の請求は、利用月の翌月17日頃になります。

ウ 各種診断書料及びその他の文書料は、交付時にお支払いいただきます。

(2) 利用料、その他の費用のお支払い

ア お支払い方法は、ご指定された金融機関預金口座からの振替となります。

利用開始に際しては、「預金口座振替依頼書」にご記入・ご捺印の上、利用料の振替口座をご登録ください。

イ 請求した額を、毎月22日(土・日曜日、祝日の場合は、次の銀行営業日)にご指定の預金口座から振替えます。預金通帳の印字は「RKS. ホンニンフタンキン」となります。

ウ 振替が完了した利用料については、翌月17日頃に領収書を送付させていただきます。領収書の再発行は致しませんので、必ず保管しておいて下さい。

エ 口座振替登録未完了、預金残高不足等により口座振替ができなかった場合は、翌月以降に合計して振替となります。

オ その他、やむを得ない事由がある場合等は、別にお支払いをお願いすることがあります。

12 記録の作成

- (1) 当施設は、入所者の施設サービスの提供に関する記録を作成し、5年間は保管します。
- (2) 当施設は、入所者が前項の記録の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応じます。ただし、家族等（入所者の代理人を含みます。）に対しては、入所者の承諾その他必要と認められる場合に限り、これに応じます。

13 身体の拘束等

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・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ます。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

14 秘密の保持と個人情報の保護

- (1) 利用者及びその家族等に対する秘密の保持について

管理者及びその従業員は、利用者及びその家族等から、サービス提供をする上で知り得た利用者またはその家族等に関する秘密（個人を特定する情報を含むものをいいます。）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、利用終了後および職員の離職後も継続します。ただし、下記の事項については、利用者およびその家族等から、あらかじめ文書による同意を得た上で、情報提供を行うことがあります。

- ① 介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは適切な在宅療養の為の医療機関等への情報提供
- ② 介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等
この場合、利用者及びその家族等の個人を特定できないように仮名等を使用する

ことを厳守します。

(2) 個人情報の保護について

- ① 管理者及びその従業員は、利用者(又はその代理人)又はその家族等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、利用者又は家族等の個人情報を用いません。
- ② 管理者は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物については、細心の注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。

15 医療機関への受診および緊急時の対応

- (1) 入所中の治療については、当施設の医師が診察いたしますので、医師の指示なく病院等の医療機関での受診（投薬を含む。）はできません。
- (2) 疾病等の内容により専門的な治療を必要とする場合は、当施設の医師の指示に基づき協力病院等に受診していただきます。
- (3) 当施設の医師の指示により受診された場合は、介護老人保健施設入所中において健康保険の適応となるもの以外は、施設が負担いたします。
※介護老人保健施設入所中に健康保険の適応となる主なもの・・・初診料、再診料及び画像診断料等
- (4) 協力病院等への受診および入所利用中に心身の状態が急変した場合、必ず「緊急時の連絡者」にご連絡いたします。

「協力病院」

市立豊中病院	豊中市柴原町4丁目14番1号 (電話番号) 06-6843-0101
診療科目	内科・外科・整形外科・循環器科・皮膚科 他

「協力歯科」

一般財団法人 豊中市医療保健センター	豊中市上野坂2丁目6番1号 06-6848-1661
-----------------------	----------------------------

16 入所サービスに関する要望または苦情の申し出

入所者およびその家族等は、当施設が提供する施設サービスに対しての要望または苦情について、当施設に申し出ることができ、または、所定の場所に設置する「意見箱」に投函して申し出ることができます。

【事業所の窓口】 介護老人保健施設かがやき (担当：支援相談員)	所在地 電話番号 受付時間	豊中市刀根山元町 5-60 TEL：06-6850-3400 FAX：06-6850-9700 平日 8：45～17：30
【豊中市の窓口】 豊中市 福祉部 長寿社会政策課	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚 3-1-1 TEL：06-6858-2838 FAX：06-6858-3146 平日 8：45～17：15
【豊中市の窓口】 『話して安心、困りごと相談』	所在地 電話番号 受付時間	豊中市中桜塚 3-1-1 TEL：06-6858-2815 FAX：06-6854-4344 平日 9：00～17：15
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	大阪府中央区常盤町 1-3-8 TEL：06-6949-5418 平日 9：00～17：00

17 事故発生の防止および事故発生時の対応について

当事業所が入所者に対して行う施設サービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに入所者の家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故が発生した場合またはそれにいたる危険性がある事態については、その分析を行い、改善策を講じるとともに、定期的な研修などを通じて職員に徹底を図るなど再発の防止に努めます。

【市町村等への連絡】 豊中市福祉部長寿社会政策課

豊中市中桜塚 3 丁目 1 番 1 号 06-6858-2868

18 賠償責任

- (1) 当事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、入所者に対してその損害を賠償します。
- (2) 入所者の責めに帰すべき事由により、当施設が損害を被った場合には、入所者および入所者の家族等にその損害を賠償していただきます。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	： 損害保険ジャパン株式会社
保 險 名	： 福祉事業者損害賠償責任保険

19 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	副施設長 服部 健介
-------------	------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所授業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通知します。

20 衛生管理等

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ① 感染症対策を検討する委員会を月に一回以上開催し、その結果を周知しています。
 - ② 感染症対策の指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対して定期的に研修及び訓練を実施しています。

21 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護老人保健のサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (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います。

22 その他定めのない事項について

この重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法令その他関係法令に定めるところにより、入所者または入所者の家族等と当施設が誠意をもって協議して定めることとします。

23 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

介護老人保健施設かがやき利用及びサービス提供に伴う
利用者負担にかかる重要事項説明同意書

介護老人保健施設かがやきを利用するにあたり、介護老人保健施設サービス利用案内（重要事項説明書）を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分理解した上で同意し、また、施設サービスを利用するに際して、施設の定める料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
介護老人保健施設かがやき
施設長 眞下 節

<利用者> 住所
氏名 ①

<利用者家族代表> 住所
氏名 ①

請求書・明細書の送付先

住所 〒 —
氏名 (続柄)

緊急時の連絡先

①住所 〒 —
氏名 (続柄)
TEL () —

②住所 〒 —
氏名 (続柄)
TEL () —