

重要事項説明書(介護医療院サービス)

あなたに対する介護医療院サービス提供開始にあたり、介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準省令第7条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	医療法人カタクリ会
法人所在地	島根県鹿足郡吉賀町六日市368番地4
法人種別	医療法人
開設者氏名	理事長 木 谷 光 博
電話番号	0856-73-7575(代)

2 入所施設

施設の名称	よしか介護医療院
施設の所在地	島根県鹿足郡吉賀町六日市368番地4
管理者名	施設長 木 谷 光 博
電話番号	0856-73-7575(代)
FAX番号	0856-73-7577

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	医療法人カタクリ会が開設する介護医療院の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の職員が要介護状態にある高齢者に対して、適正な介護医療院サービスを提供することを目的とします。
施設運営の方針	長期にわたる療養を必要とする要介護者に対して 1. 施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、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療養生活上の世話をを行うことを目指します。 2. 地域や在宅との結びつきを重視した運営を行い、関係市町村、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・福祉サービスとの綿密な連携を図り、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

当事業者が、あなたに提供するサービスと入所者負担額は以下のとおりです。

(法定代理受領を前提としています)

1 介護保険給付によるサービス

サービスの種類	内 容
入浴 清拭	入浴日 週 2 回 以上 一般浴室：月曜日から金曜日 特殊浴室：月曜日から金曜日 ※入浴時間については居室棟で決めておりますので居室棟にお尋ねください。
離床 着替え 整容 シーツ交換	寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 週に2回衣服の更新をします。(汚染時は適宜更新)適切な整容が行われるよう援助します。 週1回シーツ交換を実施します。(汚染時随時実施)
機能訓練	機能訓練指導員(理学療法士等)による入所者の状況に適合した機能訓練をおこないます。
介護・看護 医療	入所者の病状に合わせた介護・看護を提供します。医師による定期診察は、週に1回は行います。それ以外でも必要時は適宜診察します。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、協力医療機関又はほかの医療機関を責任もって紹介いたします。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。
利用者負担額	利用者負担割合に応じた額を負担していただきます。

【高額介護サービス費】

1ヵ月に支払った利用者負担の合計が負担限度額を超えたときは、超えた分が払い戻される制度です。負担限度額は下記のとおりです。

区分	負担の上限額(月額)
課税所得690万円(年収約1,160万円)以上	140, 100円(世帯)
課税所得380万円(年収約770万円)～課税所得690万円(年収約1,160万円)未満	93, 000円(世帯)
市町村民税課税～課税所得380万円(年収約770万円)未満	44, 400円(世帯)
世帯の全員が市町村民税非課税	24, 600円(世帯)
前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額の合計が80万円以下の方等	24, 600円(世帯)
	15, 000円(個人)
生活保護を受給している方等	15, 000円(世帯)

サービスの種類	内 容
療養生活上 の便宜	施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を実施します。 (例) 毎月 誕生日会 12月 クリスマス会
利用者負担額	負担なし

2 施設の概要

介護医療院

敷地		敷地面積	14067.79㎡
建物	施設 本館(新館他含) (5階、1階共有部分)	構 造	鉄筋コンクリート7階建て
		延床面積	12159.013㎡

(1) 療 養 室

療養室の種類	室数	階層	面積	備考(1人あたりの面積)
1人部屋	2	5階	33.54㎡	16.77㎡
3人部屋	17	5階	481.52㎡	9.44㎡
療養棟(再掲)	19	5階	515.06㎡	9.71㎡

(2) 主な設備

設備の種類	数	階層	面積	備考(1人あたりの面積)
サービスステーション	1	5階	35.21㎡	
食堂兼談話室	1	5階	125.76㎡	2.37㎡
機械浴室	1	5階	22.76㎡	
一般浴室	1	1階	55.99㎡	
機能訓練室	3	1階	221.92㎡	

3 職員体制(主たる職員)

介護医療院（入所者数53）

職員の職種 保有資格	員数	区 分				常勤換算 後の人員	事業者の指定基準
		常 勤		非 常 勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
医師 (施設長を含)	4		2		2	0.6	常勤換算方法で入所者の数 を100で除して得た数以上
薬剤師	2		2			0.2	常勤換算方法で入所者の数 を300で除して得た数以上
看護職員 (看護師 ・ 准看護師)	11	11				11.0	常勤換算方法で入所者の数 が6またはその端数を増すご と1以上
介護職員 (介護福祉士・ 看護補助者)	13	12		1		12.8	常勤換算方法で入所者の数 が6またはその端数を増すご と1以上(みなし看護職員で 対応)
理学療法士 作業療法士 又は言語聴覚士	5	1	7			2.8	常勤換算方法で、入所者の 数を100で除して得た数以上
栄養士 管理栄養士	1		1			0.5	入所定員100以上の介護 医療院にあつては1以上
介護支援専門員	1	1				1.0	常勤1以上(入所者の数が100 またはその端数を増すごとに 1を標準とする)
事務職員							実情に応じた適当数

4 職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	職務内容
施設長(医師)	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	施設長は職員を指揮監督し、施設業務の監督を行う
副施設長	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	施設長の補佐的業務を行う
医師	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	入所者の病状・心身の状態に応じ、適切な診察を行うとともに、入所者の診療、機能訓練及び健康管理上の指導を行う
薬剤師	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	入所者の薬剤を管理及び指導を行う
看護職員	8:30 ～ 17:15(日勤) 16:30 ～ 9:00(夜勤)	入所者の病状・心身の状態に応じ、適切な看護を行うとともに、医師の指示により、入所者の保健衛生に関する業務を行う
介護職員	8:30 ～ 17:15(日勤) 16:30 ～ 9:00(夜勤)	入所者の病状・心身の状態に応じ、適切な介護を行うとともに、医師の指示により、入所者の保健衛生に関する業務を行う
理学療法士 作業療法士 又は言語聴覚士	8:30 ～ 17:15(平日・土のみ)	療養生活を営むのに必要な機能を改善し、またはその衰退を阻止するための機能訓練を行う
管理栄養士	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	入所者の栄養管理および指導を行う
介護支援専門員	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	介護サービス計画を立て、市町村等との連絡調整を行う
事務員	8:30 ～ 17:15(平日のみ)	施設の事務等に関する業務を行う

※看護職員および介護職員以外の職種は土曜日または日曜日・祝日は休み

5 苦情等申立先

当施設のサービスについてご不明の点や疑問、苦情等がございましたら
当施設事務局の医療介護連携課にお気軽にご相談ください。

医療介護連携課	担当者	房崎 淳子
	電話	(0856)73-7575 内線 -
	ご利用時間	8:30 ～ 17:15 (月曜日～金曜日)
		土・日曜・祝日・12/29～1/3 休み

※市町村・国民健康保健団体連合会でも苦情を受け付けています。

・吉賀町	保健福祉課	電話(直通)0856-77-1165	8:30 ～ 17:15 (土・日・祝日および年末年始を除く)
・津和野町	健康福祉課保健係	電話(直通)0856-72-0651	
・益田市	介護福祉課介護保険係	電話(直通)0856-31-0100	
・島根県健康保健団体連合会		電話(直通)0852-21-2811	9:00～17:00 (土・日・祝日を除く)

6 施設サービスの概要と利用料

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日当たりの自己負担分です。

項目	割合	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基本サービス費 【非課税】	1割	786円	883円	1,092円	1,181円	1,261円
	2割	(1,572円)	(1,766円)	(2,184円)	(2,362円)	(2,522円)

加算料金【特別診療費・体制加算】 ※ 1日につき / 1月につき【非課税】

夜間勤務等看護加算	1割	7円	/日	褥瘡対策指導管理	1割	6円	/日	感染対策指導管理	1割	6円	/日
	2割	(14円)			2割	(12円)			2割	(12円)	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1割	22円	/月	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1割	18円	/月	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1割	6円	/月
	2割	(44円)			2割	(36円)			2割	(12円)	
栄養マネジメント強化加算	1割	11円	/日	処遇改善加算	基本サービス費に各加算を加えた点数(総点数)に3.6%を加算						
	2割	(22円)									

加算料金 ※ 1日 / 1回 / 1月につき【非課税】

加算名称	1割	2割	算定回数等	加算名称	1割	2割	算定回数等
短期集中リハビリ加算	240円	(480円)	/日	集団コミュニケーション療法	50円	(100円)	/回
認知症短期集中リハビリ加算	240円	(480円)	/日	摂食機能療法	208円	(416円)	/日
理学療法(Ⅰ)	123円	(246円)	/回	精神科作業療法	220円	(440円)	/日
理学療法(Ⅰ)加算(専従職員2名配置)	35円	(70円)	/回	訪問看護指示加算	300円	(600円)	/回
作業療法	123円	(246円)	/回	経口移行加算	28円	(56円)	/日
作業療法加算(専従職員2名配置)	35円	(70円)	/回	経口維持加算Ⅰ	400円	(800円)	/月
言語聴覚療法	203円	(406円)	/回	経口維持加算Ⅱ	100円	(200円)	/月
言語聴覚療法加算(専従職員2名配置)	35円	(70円)	/回	他科受診時費用	362円	(724円)	/日
若年性認知症利用者受入加算	120円	(240円)	/日	口腔衛生管理加算	90円	(180円)	/月
外泊時費用(月6日限度)	362円	(724円)	/日	療養食加算	6円	(12円)	/回
試行的退所サービス費	800円	(1,600円)	/日	在宅復帰支援機能加算	10円	(20円)	/日
初期加算(入所日から30日間)	30円	(60円)	/日	緊急時治療管理(月3日限度)	518円	(1,036円)	/日
退所時指導加算	400円	(800円)	/回	認知症専門ケア加算1	3円	(6円)	/日
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500円	(1,000円)	/回	認知症専門ケア加算2	4円	(8円)	/日
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250円	(500円)	/回	認知症緊急対応加算1	200円	(400円)	/日
退所前連携加算	500円	(1,000円)	/回	重度認知症疾患療養体制加算Ⅰ	40円/140円	(80円/280円)	/日
退所前訪問指導加算	460円	(920円)	/回	重度認知症疾患療養体制加算Ⅱ	100円/200円	(200円/400円)	/日
退所後訪問指導加算	460円	(920円)	/回	医学情報提供(Ⅰ)	220円	(440円)	/回
排泄支援加算	100円	(200円)	/月	低栄養リスク改善加算	300円	(600円)	/月
再入所時栄養連携加算	200円	(400円)	/回	重度療養管理	125円	(250円)	/日
退所時栄養情報連携加算	70円	(140円)	/回	重症皮膚潰瘍管理指導	18円	(36円)	/日
初期入所診療管理	250円	(500円)	1回のみ	長期療養生活移行加算	60円	(120円)	/日
薬剤管理指導	350円	(700円)	/週	安全対策体制加算	20円	(40円)	1回のみ
科学的介護推進体制加算Ⅰ	40円	(80円)	/月	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10円	(20円)	/月
科学的介護推進体制加算Ⅱ	60円	(120円)	/月	高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5円	(10円)	/月
協力医療機関連携加算	100円	(200円)	/月	新興感染症等施設療養費	240円	(480円)	/日

7 介護保険給付外サービス

サービスの種類	内 容	入所者負担額
健康診断	年に一度、健康診断が受けられます。	実費負担
歯科健診	年に一度、歯科健診が受けられます。	1, 500円
予防接種	インフルエンザ予防接種を受けられます。	実費負担
理髪	久保理髪店の出張による理髪サービスを利用いただけます。	別紙料金表参照
日常生活品の購入代行	入所者及びご家族が自ら購入が困難である場合は、日常生活品等の購入代行を行います。	実費をご負担していただきます。
私物修理費	個人の車椅子等の修理をおこないます。	実費負担
テレビ	時代劇チャンネルを含む視聴ができます。	日額 220円
床頭台の鍵	貴重品を納める床頭台の引出しの鍵を利用いただけます。	紛失時 3, 300円
その他	※療養生活に必要な物品(オムツを除きます)につきましては、ご入所の方の金額負担となっていますのでご了承ください。 ※なお、療養生活に必要な物品(オムツを除きます)につきましては、別紙入所時に必要な物品一覧表をご確認のうえ準備していただきます。 ※当施設の医師で対応できる日常的な医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、手術等急性期治療のための医療、歯科、精神病院での医療につきましては、医療保険適用により、別途自己負担をしていただくことになります。	

8 介護保険給付外費用

費用の種類	内 容	入所者負担額
居住費	光熱水費相当をいただきます。 基準費用額 1日 477円	負担限度額 第一段階 0円 第二段階 470円×日数 第三段階 470円×日数 第四段階 437円×日数
食費	食材料費および調理費相当をいただきます。 1日 1, 850円 (経管栄養の場合 1, 445円) 食 朝食 8:00から 昼食 12:00から 夕食 18:00から * 栄養士のたてる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。献立表は各階に掲示しています。 * 食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるよう配慮します。食堂兼談話室を完備しておりますので利用していただけます。	負担限度額 第一段階 300円×日数 第二段階 390円×日数 第三段階① 650円×日数 第三段階② 1, 360円×日数 第四段階 1, 850円×日数 〔経管栄養の方 1, 445円×日数〕

9 協力医療機関(協力歯科医療機関)

医療機関の名称	よしか病院
病院長名	木谷光博
所在地	島根県鹿足郡吉賀町六日市368番地4
電話番号	0856-73-7575
診療科	内科・整形外科・皮膚科・眼科・リハビリテーション科・歯科口腔外科 神経内科・心療内科・精神科・小児科
入院設備	許可ベッド数50床（一般病棟50床）
救急指定の有無	無し

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「医療法人カタクリ会消防計画」にのっとり対応を行います。			
近隣との協力関係	近隣の六日市消防分遣所と連絡を取り合い、非常時の相互の応援を約束しています。			
平常時の訓練等 防災設備	設備名称		設備名称	
	スプリンクラー設備	○	非常用電源	○
	非常階段	○	防水用水	○
	自動火災報知機	○	消火器	○
	誘導灯	○	非常通報装置	○
	カーテンは防煙性能のあるものを使用しております。			
	消防署への届出日：令和6年3月1日 防火管理者：松浦聖			
消防計画等				

11 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会時間	午後2時～午後5時まで(新型コロナ発生により面会を規制しております) (平日、土・日・祝日とも同じ)(ビデオ通話・オンライン面会をご利用ください) ※手続き(記名等)にご協力ください。 ※来訪者は、面会時間を順守してください。この時間以外であっても、特別な理由がある面会の場合は、スタッフにご相談ください。
外出・外泊	外泊・外出の際には必ず規定の届出書を提出してください。
療養室・設備 器具の利用	施設内の療養室や設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことが ございます。
喫煙・飲酒	当施設は、敷地内全面禁煙となっています。飲酒はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。又、むやみに他の 入所者の療養室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	療養棟の担当者が管理いたします。
現金等の管理	管理者監督の下、事務所金庫内で管理いたします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育はお断りします。

12 身体の拘束等

当施設は、原則として入所者に対し身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、身体的拘束適正化委員会を中心とした多職種合同カンファレンスを行い、必要性について十分に検討します。検討した結果「やむを得ない」状態と判断された場合は「緊急やむを得ない身体的拘束に関する説明書及び同意書」を使用して、医師又は医師の指示のもと看護師が入所者と家族に説明し同意を得ます。実施期間中は日々異常が無い事を各勤務帯の時間で記録し、身体的拘束の必要性・解除に向けた評価を行います。

13 介護職員等による喀痰吸引(実地研修)施設

当施設では対象の入所者または家族へ看護職員が喀痰吸引等の内容を文書および口頭で説明を行い同意を得て、介護職員等により喀痰吸引等を実施します。

・介護職員等によるたんの吸引等(不特定多数の者対象)

第2号研修修了者が【口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養】を医師の指示を受け実施します。

・介護職員等によるたんの吸引等(実地研修)(不特定多数の者対象)

実地研修対象者が【口腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)、鼻腔内の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)、気管カニューレ内部の喀痰吸引(人工呼吸器装着者)、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、経鼻経管栄養】を医師の指示を受け、看護職員の指導の下実施します。

14 福祉サービス第三者評価制度受審へ

よしか介護医療院では、福祉サービス第三者評価制度受審に向け準備を進めています。

○福祉サービス第三者評価制度

Q『対象の福祉サービスは何ですか』

A 介護が必要な方や高齢の方、子供や障がいのある方が利用する福祉施設等の事業所が対象です。

Q『第三者評価制度とはなんですか』

A 良質で適切な福祉サービスを入所者に提供することを目的に行われ、第三者評価機関が公正・中立に専門的・客観的に評価します。福祉施設等事業所における基本方針や組織運営、サービス提供体制(食事の提供や健康管理等)の整備等を評価します。

Q『第三者評価制度を受けて意味がありますか』

A 第三者評価制度は任意の制度です。「福祉施設等の事業所」の優劣を示すものではありません。制度を受審し評価結果を公表しているところは、福祉サービスの情報提供・質の向上に真摯に取り組む入所者の皆さんの信頼に応じられるよう努めています。

15 施設からの要望

- ① 入所者の方も喜ばれますので、1ヶ月に1回以上の面会にご協力ください。
- ② 担当者会議の連絡がありましたら、積極的にご参加頂きますようお願いいたします。
- ③ 季節の変わり目での(夏、冬)衣類の準備を早目に管理してください。
- ④ 入所時に揃えて頂く必要物品(消耗品等)の不足は入所者の方が療養生活を行ううえで困りますので、不足とならないように早目の補充をお願いいたします。
- ⑤ 緊急時の連絡先が変更となりましたら、お手数ですがご一報願います。

16 事故発生時の対応

- ・利用者様に対する介護医療院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、利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して行った処置を記録します。
- ・利用者に対する介護医療院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、損害賠償を行います。

私は、本書面に基づいて乙の職員(職名 _____ 氏名 _____)
から上記重要事項の説明を受け、同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入所者 _____ 住所 _____

氏名 _____

※本人または署名代行者の自署により印不要

署名代行者

私は、下記の理由により入所者に代わり、上記署名を行いました。

理由 本人が記入できないため (該当する場合は○をしてください)

その他(_____

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

入所者の家族等 _____ 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

個人情報の使用に係る同意書

医療法人カタクリ会 理事長 木谷 光博 様

以下に定める条件のとおり、私(入所者および家族)は、医療法人カタクリ会よしか介護医療院が、私および家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 使用期間

医療・介護サービス提供に必要な時間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

(1) 医療・介護提供

- ① 入所者の医療・介護の提供
- ② 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ③ 他の医療機関等からの照会への回答
- ④ 入所者の診療のため、外部の医師等の意見、助言を求める場合
- ⑤ 検体検査等その他(施設内清掃、給食業務、集配業務等)の業務委託
- ⑥ 家族等への病状説明
- ⑦ その他、入所者への医療提供に関する利用

(2) 請求のための事務

- ① 当施設での医療・介護・公費負担に関する事務およびその委託
- ② 審査支払機関へのレセプトの提出
- ③ 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ④ 公費負担に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ⑤ その他、医療・介護・労災保険、および公費負担に関する請求のための利用

(3) 当施設の管理運営業務

- ① 会計・経理
- ② 医療・介護事故等の報告
- ③ 当該入所者の医療・介護サービスの向上
- ④ 入退院・入退所等の病棟・居室棟管理
- ⑤ その他、当施設の管理運営業務に関する利用

(4) その他

- ① 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出書
- ② 施設内にて行われる医療・看護・介護実習への協力
- ③ 医療・看護・介護の質の向上を目的とした施設内での症例研究・発表
- ④ 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ⑤ 外部監査機関への情報提供
- ⑥ 個人を識別あるいは特定できない統計処理および症例検討
- ⑦ 行政機関への報告、医療・介護等の状況
- ⑧ 事件事故に対する警察・消防からの照会への回答
- ⑨ 大規模災害時における身元不明者に関する情報提供
- ⑩ 当法人のホームページ、パンフレット、行事・レクリエーション・広報誌等においての映像・写真等

令和 年 月 日

※本人、入所者の家族等または署名代行者の自署により印不要

入所者

住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____

入所者の家族等

住 所 _____

氏 名 _____