

重要事項説明書

社会福祉法人 函館厚生院

介護老人保健施設 もも太郎

介護老人保健施設入所サービス提供に当たり、介護保険法に関する厚生労働省令第40号第5条に基づいて、当施設があなたに説明すべき事項は、次のとおりです。

1、事業者

| | |
|--------|--------------------------------------|
| 法人の名称 | 社会福祉法人 函館厚生院 |
| 法人の所在地 | 函館市本町34番8-1号 |
| 代表者の氏名 | 理事長 高田 竹人 |
| 電話番号 | 0138(51)9588 |
| 設立年月日 | 明治33年3月6日 (昭和27年5月17日 社会福祉法人設立認可) |

2、施設の概要

| | |
|---------|---|
| 施設の名称 | 介護老人保健施設 もも太郎 |
| 施設の所在地 | 北海道函館市赤川町388番地1 |
| 事業者番号 | 0151480100 |
| 開設年月日 | 平成10年7月1日 (平成22年4月1日、旧函館筑峰会より函館厚生院へ合併) |
| 施設長の氏名 | 竹田 誠 |
| 電話番号 | 0138(47)5550 |
| ファックス番号 | 0138(47)5551 |

3、施設が行っている他の事業

| 事業の種類 | 都道府県知事の指定 | |
|-----------------|-------------|------------|
| | 指定年月日 | 事業所番号 |
| 短期入所療養介護 | 平成22年4月1日 | 0151480100 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 平成26年12月24日 | 0151480100 |
| 通所リハビリテーション | 平成22年4月1日 | 0151480100 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 平成26年12月24日 | 0151480100 |

4、施設の目的と運営方針

(施設の目的)

社会福祉法人函館厚生院が開設する介護老人保健施設 もも太郎（以下、「施設」という。）が行う介護老人保健施設サービス（以下「サービス」という。）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、施設の従業者が、要介護状態にある入所者（以下、「入所者」という。）に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。

(運営方針)

- 施設は、施設サービス計画に基づいて、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こととともに、居宅における生活への復帰を目指すものとします。
- 施設は、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て介護保健施設サービスの提供に努めるものとします。
- 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結び付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、他の介護保健施設その他の保健医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

5、建物・設備の概要

| | | |
|--------|------|------------------------|
| | 敷 地 | 8,864 m ² |
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート 3階建 |
| | 延床面積 | 4064.21 m ² |
| | 利用定員 | 100名（うち認知症専門棟50名） |

(1) 居 室

| 居室の種類 | | 室 数 | 床面積 |
|--------|------|-----|---------------------|
| 2 階 | 1人部屋 | 2室 | 12.86m ² |
| | 2人部屋 | 2室 | 18.64m ² |
| | 4人部屋 | 11室 | 32.98m ² |
| 3 階 | 1人部屋 | 6室 | 10.56m ² |
| | 4人部屋 | 11室 | 32.98m ² |

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 数 | 床面積等 |
|---------------------|----|--|
| 療養室 | 32 | 10.56～32.98 m ² |
| 診察室 | 1 | 15.92 m ² |
| 機能訓練室 | 1 | 131.74 m ² |
| 談話室 | 2 | 50.00 m ² |
| 食堂 | 1 | 261.36 m ² |
| レクリエーション ルーム | 1 | 63.09 m ² |
| 洗面所 | 2 | 13.11 m ² |
| 便所 | 20 | 2.15～20.06 m ² |
| サービス ステーション | 2 | (2階) 36.04 m ² (3階) 37.44 m ² |
| 調理室 | 1 | ももハウスと兼用 154.79 m ² |
| 洗濯室 | 2 | 15.19 m ² |
| 汚物処理室 | 2 | 9.06 m ² |
| 通所者 ダイルーム | 1 | 60.70 m ² |
| 家族相談室 | 1 | 9.18 m ² |
| 家族相談室 兼 第2事務室 | 1 | 20.03 m ² |
| ボランティアルーム | 2 | 31.3 m ² |
| 家族介護教室 | 1 | 32.98 m ² |
| 理美容室 | 1 | 16.20 m ² |
| 売店 | 1 | 7.01 m ² |
| 喫茶コーナー | 1 | 11.90 m ² |
| 調剤室 | 1 | 7.55 m ² |
| 喫煙室 | 2 | 8.35 m ² |

6、職員体制 ※令和6年4月1日 現在

| 従事者の職種 | 人 員 等 |
|-----------|------------------------|
| 管理者（施設長） | 1名（常勤兼務 1名） |
| 医師（施設長兼務） | 1名（常勤兼務 1名） |
| 副施設長 | 2名（常勤専従 2名） |
| 理学療法士 | 2名（常勤兼務 2名） |
| 作業療法士 | 4名（常勤兼務 4名） |
| 看護職員 | 13名（常勤専従 9名、非常勤専従 4名） |
| 介護職員 | 29名（常勤専従 27名、非常勤専従 2名） |
| 管理栄養士 | 2名（常勤兼務 2名） |
| 介護支援専門員 | 2名（常勤兼務 2名） |
| 支援相談員 | 5名（常勤専従 3名、常勤兼務 2名） |
| 事務職員 | 2名（常勤専従 2名） |
| 介護補助員 | 2名（非常勤専従 2名） |

7、協力医療機関

①

| | |
|--------|--|
| 名 称 | 社会福祉法人 函館厚生院 函館五稜郭病院 |
| 所在地／電話 | 函館市五稜郭町38番3号 / 0138-51-2295 |
| 診療科目 | 内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科・腎臓内科・小児科・外科・消化器外科・小児外科・整形外科・心臓血管外科・呼吸器外科・形成外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線治療科・放射線診断科・病理診断科・歯科口腔外科・麻酔科・脳神経外科・救急科・緩和ケア内科 |
| 病 床 数 | 480床 |

②

| | |
|--------|--|
| 名 称 | 社会福祉法人 函館厚生院 函館中央病院 |
| 所在地／電話 | 函館市本町33番2号 / 0138-52-1231 |
| 診療科目 | 内科・消化器内科・腫瘍内科・内分泌・糖尿病内科・神経内科・循環器内科・小児科・外科・乳腺外科・消化器外科・肛門外科・整形外科・形成外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・精神科・リハビリテーション科・麻酔科・放射線科・病理診断科・歯科口腔外科 |
| 病 床 数 | 527床 |

③

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 函館厚生院 ななえ新病院 |
| 所在地／電話 | 亀田郡七飯町字本町7丁目657番地5 / 0138-65-2525 |
| 診療科目 | 内科・循環器内科・脳神経内科・整形外科・リハビリテーション科 |
| 病 床 数 | 199床 |

④

| | |
|--------|----------------------------|
| 名 称 | 医療法人社団 さいとう歯科診療室 |
| 所在地／電話 | 函館市時任町18番1号 / 0138-51-8241 |

8、非常災害時対策

| | |
|----------|--|
| 災害時対応 | 消防計画書に基づき対応いたします。 |
| 防火対象物の概要 | 当施設は耐火構造で消防法適合施設です。 |
| 消防用設備等 | スプリンクラー・避難階段・自動火災報知器・誘導灯・ガス漏れ報知器・防火扉・シャッター・屋内消火栓・非常通報装置・漏電火災報知器・非常用電源・カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。 |
| 防災訓練 | 避難訓練は最低年2回（日中想定1回・夜間想定1回）実施しております。 |
| 防火管理者 | 砂山 玄多 |

9、緊急時及び事故発生時の対応

- (1) 施設は、異常時の早期発見に努め、緊急時には、施設医師又は協力医療機関等と連携を図り、救急車を要請するなど直ちに受診できるように手配するとともに、状態によっては救急車で搬送されるまで救急蘇生を施行します。
- (2) 施設は、職員が速やかに対応できるよう、緊急時マニュアルを作成し、定期的に救急蘇生法等の実習及び研修会等を実施するものとします。
- (3) 施設は、サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、入所者の家族等に連絡し、必要な措置を講じるものとします。
- (4) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、その記録を5年間保存するものとします。
- (5) 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うものとします。

10、身体的拘束とその他の行動制限

- (1) 入所者又は他の入所者の生命若しくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の方法により入所者の行動制限を行いません。
- (2) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合は、入所者及び関係者等に対し事前に行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分な納得と確認が得られるように説明します。
- (3) やむを得ず身体的拘束その他の行動制限を行う場合には、介護サービス記録に次の事項を記載します。
 - ア. 入所者に対する行動制限を決定した者の氏名、制限の根拠、内容、見込まれる期間及び実施された期間。
 - イ. 前項に基づく施設の、入所者及び入所者の関係者等に対する説明の時期及び内容、その際のやりとりの概要。

11、虐待防止に関する事項

施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会に参加し、その結果について職員に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針を整備する
- (3) 職員に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く

施設は、サービス提供中に、職員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報するものとします。

1 2、秘密保持等

- (1) 職員は、業務上知り得た入所者及びその家族の秘密保持を厳守します。
- (2) 職員であった者が、業務上知り得た入所者及びその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じるものとします。
- (3) 入所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取扱うものとし、当施設が業務上知り得た入所者及びその家族の個人情報については、当施設でのサービスの提供に係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、必要に応じて文書により入所者及びその家族又はその代理人の同意を得ることとします。

1 3、施設サービスの概要と利用料

- (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

《サービスの概要》

| サービスの種別 | 内 容 |
|---------|--|
| 食 事 | <ul style="list-style-type: none"> ・食事時間 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:00～ ・食事場所 体調を考慮しながら、できるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。また、食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。 ・栄養管理 入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行います。 |
| 医療・看護 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状態に応じた医療・看護を提供いたします。それ以外でも必要時は適宜診察いたしますので看護師等にお申し付け下さい。ただし、当施設では行えない処置や手術、その他の症状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関で治療していただきます。 ・医薬品につきましては、効果は同じですが名前の違う医薬品（ジェネリック医薬品）を使用する場合がございます。 |
| 機能訓練 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状態に応じて、リハビリ職員による機能訓練を行い、身体機能の維持回復を図ります。 |
| 排 泄 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の身体状況や排泄方法に応じて、適切な介助を行うと共に、排泄の自立についても支援いたします。 |
| 入 浴 | <ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2回です。（2階 火・金 / 3階 月・木） ・入浴日、入浴時間は職員よりご連絡いたします。 ・入浴日に体調不良等で入浴できない方はタオルで身体をお拭きします。 |
| 離 床 | <ul style="list-style-type: none"> ・寝たきり防止のため離床を促し、身体機能維持や意欲の向上に繋がります。 |
| 着替え | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状態に応じて、毎朝夕の着替えのお手伝いをいたします。 |
| 整 容 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者の状態に応じて、毎日口腔ケア、洗面、整髪等のお手伝いをいたします。 |
| 寝具の交換 | <ul style="list-style-type: none"> ・シーツ、枕カバーの交換を週1回行います。 |
| 介護 相談 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護や施設生活に関することなど、ご相談に応じます。 |

《利用料》

① 基本施設サービス費（1日あたり）

| | | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-------|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| 個 室 | 1割 | 717円 | 763円 | 828円 | 883円 | 932円 |
| | 2割 | 1,434円 | 1,526円 | 1,656円 | 1,766円 | 1,864円 |
| | 3割 | 2,151円 | 2,289円 | 2,484円 | 2,649円 | 2,796円 |
| 多 床 室 | 1割 | 793円 | 843円 | 908円 | 961円 | 1,012円 |
| | 2割 | 1,586円 | 1,686円 | 1,816円 | 1,922円 | 2,024円 |
| | 3割 | 2,379円 | 2,529円 | 2,724円 | 2,883円 | 3,036円 |

② 食 費 (1日あたり)・・・介護保険給付対象外

| | | | | |
|------|------|-------|--------|--------|
| 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 第4段階 |
| 300円 | 390円 | 650円 | 1,360円 | 1,445円 |

③ 居住費 (1日あたり)・・・介護保険給付対象外 (外泊期間中においてもご負担いただきます。)

| | | | | | |
|-------|------|------|--------|--------|--------|
| | 第1段階 | 第2段階 | 第3段階① | 第3段階② | 第4段階 |
| 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、居住費につきましては市町村より発行される負担限度額認定証でご確認ください。

④ 各種加算サービスの内容と利用料

| 加算名 | 内 容 | 加算額 | | |
|---------------------|---|------|------|--------|
| | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 初期加算 (I) | 以下に示す基準のいずれかに該当し、急性期医療機関の一般病棟へ入院後 30 日以内に退院して、入所した場合に入所後 30 日間に限り算定します。(1日あたり) ・空床情報を地域の医療機関と定期的に共有する ・空床情報をウェブサイト定期的に公表し、複数の急性期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う | 60円 | 120円 | 180円 |
| 初期加算 (II) | 入所当初は施設生活に慣れていただくために様々な支援を要することから、入所後 30 日間に限り算定します。(1日あたり) | 30円 | 60円 | 90円 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I) | 在宅復帰・在宅療養支援機能について、厚生労働大臣が定める基準を満たしてサービスを提供しています。(1日あたり) | 51円 | 102円 | 153円 |
| 科学的介護推進体制加算 (I) | 入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出します。(1ヶ月あたり) | 40円 | 80円 | 120円 |
| 科学的介護推進体制加算 (II) | 入所者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身状況等に係る基本的な情報に加え、疾病の状況や服薬情報等の情報を厚生労働省に提出します。(1ヶ月あたり) | 60円 | 120円 | 180円 |
| サービス提供体制強化加算 (I) | 当施設は「介護職員総数のうち、介護福祉士の占める割合が 100 分の 80 以上であること」という厚生労働大臣の定める基準を満たしてサービスを提供しています。(1日あたり) | 22円 | 44円 | 66円 |
| 夜勤職員配置加算 | 当施設は、厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たし、夜勤帯のサービスを提供しています。(1日あたり) | 24円 | 48円 | 72円 |
| 認知症ケア加算 | 当施設は認知症に対応したサービスを受けることが適当であると医師が判断した入所者に対して、認知症専門棟においてサービスを提供します。(1日あたり) | 76円 | 152円 | 228円 |
| 栄養マネジメント強化加算 | 入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施します。(1日あたり) | 11円 | 22円 | 33円 |
| 療養食加算 | 下記に示す療養食については、医師の発行する食事せんに基づき、適切な栄養量と内容の食事を提供します。(1食あたり) ※糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食(流動食)、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食 | 6円 | 12円 | 18円 |
| 外泊時費用 | 当施設が入所者に対して居宅における外泊を認 | 362円 | 724円 | 1,086円 |

| | | | | |
|---------------------------|--|------|--------|--------|
| | めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数（基本サービス費）に代えて、右記の料金が発生します。（1日あたり） | | | |
| 緊急時治療管理 | 意識障害または昏睡等、救命救急医療が必要な入所者に対し、治療管理として、投薬、注射等が行われた場合は、料金が発生します。（連続する3日を限度に月1回に限り） | 518円 | 1,036円 | 1,554円 |
| 入退所前連携加算（Ⅰ） | 入所前30日以内又は入所後30日以内に、退所後に利用を希望する指定居宅介護支援事業所と連携し、退所後のサービスの利用方針を定めます。（入所者1人につき1回に限る） | 600円 | 1,200円 | 1,800円 |
| 入退所前連携加算（Ⅱ） | 退所後に居宅サービスや地域密着型サービスを利用する場合において、退所に先立って指定居宅介護支援事業者に必要な情報を提供し、指定居宅介護支援事業者と連携してサービス利用の調整を行います。（入所者1人につき1回に限る） | 400円 | 800円 | 1,200円 |
| 退所時情報提供加算（Ⅰ） | 居宅へ退所する際、退所後の主治医に対して入所者を紹介する場合、診療状況、心身の状況、認知機能、生活歴等を示す情報を提供します。（退所時1回に限る） | 500円 | 1,000円 | 1,500円 |
| 退所時情報提供加算（Ⅱ） | 医療機関へ退所する際、退所後の医療機関に対して入所者を紹介する場合、入所者の心身の状況、認知機能、生活歴等を示す情報を提供します。（退所時1回に限る） | 250円 | 500円 | 750円 |
| 訪問看護指示加算 | 退所時に、施設医師利用が必要と認めが訪問看護事業所に訪問看護指示書を交付します。（退所時1回に限る） | 300円 | 600円 | 900円 |
| 退所時栄養情報連携加算 | 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について、管理栄養士が、退所し左記の医療機関等に対して栄養管理に関する情報を提供します。（退所時1回に限る） | 70円 | 140円 | 210円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ） | 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、作業療法士又は言語聴覚士が、その入所の日から起算して3ヶ月以内の期間に、1週につき概ね3日以上 of 集中的なリハビリテーションを実施し、かつ、入所時および月1回以上ADL評価を実施し、その評価結果等の情報を厚生労働省に提出し、必要に応じて計画を見直します。（3ヶ月を限度に1回あたり） | 258円 | 516円 | 774円 |
| 短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ） | 入所者に対して、医師等が、その入所の日から起算して3ヶ月以内の期間に、1週につき概ね3日以上 of 集中的なリハビリテーションを実施します。（3ヶ月を限度に1回あたり） | 200円 | 400円 | 600円 |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ） | 入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省へ提出します。（1ヶ月あたり） | 33円 | 66円 | 99円 |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅰ） | 在宅復帰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います。（1回に限る） | 450円 | 900円 | 1,350円 |
| 入所前後訪問指導加算（Ⅱ） | 入所前後訪問指導加算（Ⅰ）に加え、生活機能の具体的な改善目標を定めるとともに、退所後の生活に係る支援計画の策定を行います。（1回に限る） | 480円 | 960円 | 1,440円 |

| | | | | |
|--------------------|--|------|------|--------|
| 所定疾患施設療養費（Ⅰ） | 当施設において、肺炎・尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎・慢性心不全の増悪により治療を必要とする入所者に対し、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行った場合に算定します。（連続する7日を限度とし、1月に1回1日あたり） | 239円 | 478円 | 717円 |
| 所定疾患施設療養費（Ⅱ） | 所定疾患施設療養費（Ⅰ）の要件を満たし、医師が感染症対策に関する研修を受講している場合に算定します。（連続する10日を限度とし、1月に1回1日あたり） | 480円 | 960円 | 1,440円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ | 所定の要件に沿い、当施設医師が入所前のかかりつけ医と連携して薬剤を評価・調整した場合に算定します。（入所中1回に限る） | 140円 | 280円 | 420円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ | 所定の要件に沿い、施設において薬剤を評価・調整した場合に算定します。（入所中1回に限る） | 70円 | 140円 | 210円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロの算定に加え、入所者の服薬情報等を厚生労働省に提出した場合に算定します。（入所中1回に限る） | 240円 | 480円 | 720円 |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） | かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の算定に加え、退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ、1種類以上減少した場合に算定します。（入所中1回に限る） | 100円 | 200円 | 300円 |
| 再入所時栄養連携加算 | 当施設から医療機関へ入院し、当施設へ再入所される際、栄養状態が大きく変化している入所者に対し、医療機関と当施設の栄養士が連携し、栄養ケア計画を作成します。（1回に限る） | 200円 | 400円 | 600円 |
| 排せつ支援加算（Ⅰ） | 排せつに介護を要する入所者ごとに、要介護状態の軽減の見込みを評価し、少なくとも3ヶ月に一回評価を行い、その結果を厚生労働省に提出します。また、適切な対応により要介護状態の軽減が見込まれる場合、評価の結果を医師その他の職員が共同して分析し、支援計画を策定します。（1ヶ月あたり） | 10円 | 20円 | 30円 |
| 排せつ支援加算（Ⅱ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）の要件を満たし、排尿・排便の少なくとも一方が改善し悪化がない、または、おむつ使用ありから使用なしに改善した、または施設入所時に留置されていた尿道カテーテルが抜去された場合に算定します。（1ヶ月あたり） | 15円 | 30円 | 45円 |
| 排せつ支援加算（Ⅲ） | 排せつ支援加算（Ⅰ）の要件を満たし、排尿・排便の少なくとも一方が改善し悪化がない、または施設入所時に留置されていた尿道カテーテルが抜去された、かつ、おむつ使用ありから使用なしに改善した場合に算定します。（1ヶ月あたり） | 20円 | 40円 | 60円 |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ） | 入所者ごとに、褥瘡の有無を確認するとともに、褥瘡発生と関連するリスクを評価し、その後3ヶ月に1回評価を行い、その結果を厚生労働省に提出します。また、褥瘡発生リスクがあるとされた入所者に関して褥瘡ケア計画を策定します。（1ヶ月あたり） | 3円 | 6円 | 9円 |
| 褥瘡マネジメント加算（Ⅱ） | 褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）の要件を満たし、入所時の評価の結果、褥瘡が認められた入所者について当該褥瘡が治癒した、または褥瘡の発生がない場合に算定します。（1ヶ月あたり） | 13円 | 26円 | 39円 |

| | | | | |
|----------------|---|---|---|---|
| 新興感染症等施設療養費 | 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、当該感染症に感染した入所者等に対し、適切な感染対策を行ったうえで、該当する介護サービスを行った場合に算定します。(連続する5日を限度とし、1月に1回1日あたり) | 240円 | 480円 | 720円 |
| 安全対策体制加算 | 外部の研修を受けた担当者を配置し、施設内に安全対策部門を設置します。また、組織的に安全対策を実施する体制を整備します。(入所時1回に限る) | 20円 | 40円 | 60円 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)の要件を満たし、かつ業務改善の取組による成果が確認されている場合に算定します。(1ヶ月あたり) | 100円 | 200円 | 300円 |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 生産性の向上に資する取り組みとして、所定の要件を満たした場合に算定します。(1ヶ月あたり) | 10円 | 20円 | 30円 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ | 当施設は、厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、都道府県知事に届け出を行ったうえ、入所者に対し、介護保健施設サービスを行っております。 ※介護職員等処遇改善加算の介護報酬総単位数とは、施設サービス費と、該当となる各種加算を合算した数となります。 | 介護報酬 総単位数 ×0.075 (小数点 第1位を 四捨五 入)× 10円× 0.1 | 介護報酬 総単位数 ×0.075 (小数点 第1位を 四捨五 入)× 10円× 0.2 | 介護報酬 総単位数 ×0.075 (小数点 第1位を 四捨五 入)× 10円× 0.3 |
| 協力医療機関連携加算(1) | 協力医療機関との間で、入所者様等の同意を得て、病歴等の情報を共有する会議を定期的開催しており、協力医療機関が急変時の相談体制、診療の求めがあった際に、診療を行う体制を常時確保している場合に算定します。 | 100円 | 200円 | 300円 |

- ※ 介護保険給付の1~3割いずれかを入所者にご負担いただきますが、負担額の合計が一定の上限額を超えた場合には超えた分が申請により払い戻される仕組み(=高額介護サービス費の支給)があります。
- ※ 当施設では生活困難者に対して利用料の減免を行っておりますので、申請の希望がある方は支援相談員までお申し出ください。

(2) 介護保険給付外サービス (一部を除き消費税がかかります。)

| サービスの種別 | 内 容 | 自己負担額 |
|-------------|---|------------------------------|
| 日用品費 | 入浴時等に使用されるバスタオル・シャンプー・ボディソープ等の他、フェイスタオル・ティッシュペーパー等、施設が用意した日用品をご利用された際に発生する費用。 | 実 費 |
| 教養趣味材料費 | 入所者の希望により行う、レクリエーションやクラブ活動等でご使用された材料等の費用。 | 実 費 |
| テレビ使用電気料 | 居室でテレビを使用された場合の電気使用料。 | 32円/日 |
| 家族介護教室使用料 | 入所者のご家族等が宿泊等で家族介護教室をご使用される場合の費用。 | 3,300円/日 |
| クリーニング代 | クリーニング業者に依頼される場合の費用。 | 実 費 |
| コイン式洗濯機・乾燥機 | 施設内に設置しているコイン式の洗濯機・乾燥機を使用した場合の費用。 | (洗濯機) 200円/回 (乾燥機) 100円/回 |

| | | |
|-------------------|---|--|
| 理美容代 | 施設内の理美容業者をご利用された場合の費用。 (毎月第2・第4水曜日のみの営業) | ・顔剃り 1,320円 ・カット 1,650円 ・カット・顔剃り 2,200円 ・カット・毛染め 4,950円 ・カット・パーマ 4,950円 ・毛染めのみ 3,300円 |
| 文書料 | 入所者等からの依頼により、施設において健康診断書等の文書を作成する場合にお支払いいただく費用。 | 3,300円 |
| インフルエンザ 予防接種料 | インフルエンザ予防接種を受けられる場合の費用。 | 実費 |
| 肺炎球菌ワクチン 予防接種料 | 肺炎球菌ワクチン予防接種を受けられる場合の費用。 | 実費 |

*その他、日常生活に必要な物品(ただし、オムツを除きます。)につきましては、入所者のご負担となりますのでご了承ください。

*私物の洗濯物は原則としてご家族にて洗濯していただきます。なお、外部のクリーニングサービスをご希望の方は当施設職員までお申し出ください。

(3) 支払い方法

施設利用料については毎月1日～末日分を当月分として翌月10日に請求書を発行いたします。お支払方法は、口座引き落とし(ゆうちょ限定)・窓口支払・現金書留・銀行振込といたしますが、郵便料・振込手数料に関しては入所者の負担とさせていただきます。なお、窓口支払の受付時間は午前9時から午後4時30分までになります。

14、苦情等申立窓口

- (1) 当施設のサービス提供について、ご不明な点・疑問・苦情がございましたら下記の相談窓口までお気軽にご相談ください。また、施設内に備えてありますご意見箱への投書もできますのでご利用ください。

| | | | | |
|----------|-------|-----------------|-------|--------------|
| ご利用者相談窓口 | 電話番号 | 0138-47-5550 | FAX番号 | 0138-47-5551 |
| | 窓口担当者 | 支援相談員 | | |
| | 受付時間 | 午前9時00分～午後5時30分 | | |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | | | | |
|-------------------------------------|------|----------------------------|-------|--------------|
| 函館市保健福祉部 高齢福祉課 | 所在地 | 函館市東雲町4番13号 | | |
| | 電話番号 | 0138-21-3025 | FAX番号 | 0138-26-5936 |
| | 対応時間 | 午前8時45分～午後5時30分 (土・日・祝日除く) | | |
| 北海道社会福祉協議会 北海道福祉サービス 運営適正化委員会 | 所在地 | 札幌市中央区北2条西7丁目 | | |
| | 電話番号 | 011-204-6310 | FAX番号 | 011-232-1097 |
| | 対応時間 | 午前9時～午後5時 (土・日・祝日除く) | | |
| 北海道国民健康保険 団体連合会総務部 介護・障害者支援課 | 所在地 | 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 | | |
| | 電話番号 | 011-231-5175 | FAX番号 | 011-233-2178 |
| | 対応時間 | 午前9時～午後5時 (土・日・祝日除く) | | |

その他、函館市以外に居住されております方は、直接市町村介護保険担当窓口へ申し出ください。

15、当施設ご利用の際の留意事項

| | |
|----------------------|---|
| 来訪・面会 | 面会時間は、午前8時30分～午後7時30分までとなっております。 来訪者は面会時間を厳守し、1階事務室に備え付けの面会カードへ記入をお願いいたします。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には必ず職員へ声を掛け、行き先と帰所日時を届出用紙に記入してください。体調不良やその他の理由などにより、許可されない場合もありますので予めご了承ください。また、入所者お一人での外出・外泊は事故防止の観点から当施設では、一切認めておりません。送迎は、ご家族でお願いいたします。 |
| 居室・設備 ・器具の利用 | 施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法に従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、弁償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 施設敷地内の喫煙と飲酒は禁止となっております。 |
| 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。また、無断で他の入所者の居室等に立ち入ることの無いようお願いいたします。 |
| 所持品の管理 | 発火や危険性のある物品の持込は厳禁です。また、所持品は自己管理とさせていただきますので必ず名前をご記入ください。 現金の所持に関しても自己管理とさせていただきます。盗難、紛失等のトラブルが発生した場合、施設側では責任を負いかねます。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| ペット及び植物の 持ち込みについて | 施設内でのペット及び植物の持ち込みはお断りします。 |
| 食品の持ち込み について | 腐敗しやすいもの（生ものなど）・窒息、誤嚥のおそれのあるもの（もち類や大福、こんにやくゼリーなど）・手作りのもの、賞味期限を確認できないものに関する持ち込みはご遠慮いただきます。 持ち込み可能な食品であっても、当施設の指定する保管方法を遵守してください。また、疾病により制限がある方は必ず医師の指示を厳守してください。入所者間の食べ物のやり取りについても上記の理由によりお控えください。 あわせて衛生管理のため食品の持ち込みの際には職員に必ず声をお掛けください。※持ち込まれた食品につきまして、記載されている賞味期限を過ぎた場合や傷んでいる場合などは施設職員の判断で処分させていただく場合もございますので、ご了承ください。 |

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

施設入所サービス契約の締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

| | | |
|-----|-------------|-------------------------------|
| 事業所 | 所在地 事業所名 | 函館市赤川町388番地1 介護老人保健施設 もも太郎 |
| | 説明者 | 印 |
| | 職種 | 支援相談員 |

施設入所サービス契約の締結に当たり、本書面に基づいて重要事項の説明を受けました。

| | | |
|-----|----|---|
| 入所者 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |

| | | |
|-------|----|---|
| 署名代行者 | 氏名 | 印 |
| | 続柄 | |

| | | |
|-------------|----|---|
| 入所者の 家族等 | 住所 | |
| | 氏名 | 印 |
| | 続柄 | |