

介護医療院さんあい 短期入所療養介護 重要事項説明書

1. 施設の概要

施設名	介護医療院さんあい		
所在地	高知市一宮西町1丁目7番25号		
電話番号	088-845-5291	FAX番号	088-845-5611
管理者	院長 中村 寿宏	事業者指定番号	39B0100066

2. 設備の概要

定員	48名	三愛病院内 4階
居室	個室	3室
	2人部屋	2室
	3人部屋	3室
	4人部屋	8室
機能訓練室	1室	利用者1人につき6.4㎡以上 主な器械・器具 ・各種測定器具(角度計、握力計等)、血圧計、各種歩行補助具 ・平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子 ・各種装具、家事用設備、各種日常生活活動訓練用器具 ・簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置 ・発声発語検査機器、各種診断・治療材料等
食堂・談話室	2室	
浴室	1室	一般浴槽、特殊シャワー浴槽

3. 運営方針

- (1) 要介護状態となった場合においても、その利用者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、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、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (3) 地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (4) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、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います。
- (5) 入所者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、指針を策定し、定められた委員会活動、研修、担当者の設置を行います。
また、入所者又は他の入所者等の生命又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いません。これについても指針を策定し、定められた委員会活動、研修、担当者の設置を行い、入所者の尊厳保持に努めます。
- (6) 利用者のためのレクリエーション行事を適宜行うとともに、常に利用者の家族との連携を図り、利用者とその家族との交流等の機会を確保するよう努めます。

(7)職員の資質向上を図るため、随時研修を行います。

(8)感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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為の計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置、職員への周知、必要な研修及び訓練を定期的実施します。定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

(9)必要に応じ、見守り機器やカメラ等を使用して睡眠状態の確認やより安全な療養環境を提供します。得られたデータはケアプラン等に反映させます。尚カメラ等を使用する際は事前に改めて利用説明を行います。

4. 職員体制

職 種	常勤	非常勤	(夜間)	備考
管理者(医師)	1名			
医師	5名以上		(1名)	
薬剤師	2名以上			
管理栄養士	1名以上			
看護職員	8名以上		(1名)	
うち看護師	2名以上			
介護職員	12名以上		(1名)	
うち介護福祉士	8名以上			
理学・作業療法士	5名以上			
言語聴覚士	1名以上			
介護支援専門員	1名以上			
医療相談員	1名以上			

《介護給付費算定に係る体制等に関する届出》

- ・ I 型介護医療院短期入所療養介護費 (I 看護職員の配置6:1以上(うち看護師2割以上) 介護職員の配置4:1以上
- ・ サービス提供体制強化加算 (I) 介護職員のうち、介護福祉士の配置割合が80%以上

5. サービスの内容

(1)利用者の心身の状況若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張等の理由により、又は利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減等を図るために、一時的に利用して看護、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等を受ける必要がある方を対象に、施設の居室の空きベッドを利用してサービスを提供します。

(2)継続して利用することが予定される利用者については、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに医師の診療の方針に基づき、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)の内容に沿って「短期入所療養介護計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「短期入所療養介護計画」の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。「短期入所療養介護計画」を作成した際には、利用者に交付します。また、「短期入所療養介護計画」の実施状況の把握を行い、必要に応じて変更を行います。

(3)診療

- ①医師による定期診察は、週1回行います。
- ②定期診察以外でも、患者の病状に照らして適切な診療を行います。

③入所者の病状が急変した場合等において、施設の医師または協力医療機関の医師が診察を行い、入院を要すると認められた場合は入院ができる体制を確保します。

④協力医療機関との間で、入所者等の同意を得て、入所者等の病歴等の情報を共有する会議を定期的に開催します。

(4) 看護及び医学的管理の下における介護

①週2回以上の入浴又は清拭を行います。また、必要な場合は、特殊シャワー浴槽を使用して入浴できます。

②排泄の自立に向けて適切な援助を行います。

③おむつを使用する利用者には、適切な交換を行います。

④寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮するとともに、着替え、整容など日常生活上の世話を適切に行います。

⑤嚥下訓練やブラッシング指導など口腔ケアを行います。

(5) 機能訓練(リハビリテーション)

(6) 食事の提供(原則として食堂をご利用願います。)

食事時間 朝食 午前 8時00分～ 昼食 午後12時00分～ 夕食 午後 6時00分～

(7) レクリエーション行事

(8) 理美容サービス (実費)

(9) 相談援助サービス(退院時の指導援助も行います。)

6. サービス利用料金

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、所定金額に2.6%を乗じた金額(1円未満は四捨五入)

R6年5月末まで

(1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)、所定金額に5.1%を乗じた金額(1円未満は四捨五入)

R6年6月から

(2) 介護職員等ベースアップ等支援加算、所定金額に0.5%を乗じた金額(1円未満は四捨五入)

R6年5月末まで

(3) 介護保険給付対象サービスにおける1日当りの自己負担額(サービス費の1割～3割※の額)

※下表は1割負担の場合の金額

I型介護医療院短期入所療養介護費(Ⅰ)		主な加算(必ず算定となるもの)		計
従来型個室(i)	要介護1	778円		801円
	要介護2	893円		916円
	要介護3	1,136円	夜間勤務等看護加算(Ⅲ) 14円	1,159円
	要介護4	1,240円	サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22円	1,263円
	要介護5	1,333円	感染対策指導管理 6円	1,356円
多床室(ii)	要介護1	894円	褥瘡対策指導管理加算(Ⅰ) 6円	917円
	要介護2	1,006円	療養環境減算(Ⅱ) ▲25円	1,029円
	要介護3	1,250円	計 23円	1,273円
	要介護4	1,353円		1,376円
	要介護5	1,446円		1,469円
療養食加算		1食につき		8円
送迎加算		片道につき		184円
認知症行動・心理症状緊急対応加算		入所してから7日以内		200円/日
緊急短期入所受入加算		入所してから7日以内		90円/日
特定診療費		別途定めるところによる		
緊急時施設診療費		1か月に3日程度		518円

- *感染症(おおよそ発症から30日以内)や著しい精神症状により、従来型個室の利用の必要があると医師が判断した場合は、多床室の費用で請求させていただきます。
- *日帰りショートは利用できません。
- *上表のほか、リハビリテーション等の日常的に必要な医療行為(特定診療費)等について、別途自己負担が必要になる場合がありますので、詳細について、あらかじめよくご相談ください。
- *サービス利用に係る自己負担額の月額が一定限度を超えた額は、高額介護サービス費として払い戻しの制度がありますので、当該市町村に申し出てください。
- *介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

(4) 介護保険給付対象外のサービス(全額自己負担)

種 類	内 容	利用料金	
居住費 (1日につき)	従来型個室(室料及び光熱水費相当)	1,668円/日	
	多床室(光熱水費相当)	377円/日	R6年7月末まで
	多床室(光熱水費相当)	437円/日	R6年8月から
食 費	食材料費及び調理費相当分	1日につき1,445円	
特別な居室	個室 306号室	1日につき1,000円	
	個室 312号室	1日につき1,000円	
特別おやつ代	行事等で特別に提供する場合	1回につき実費	
クラブ活動費	クラブ活動で使用する材料費	実費	
健康管理費	インフルエンザ予防接種にかかる費用(任意)	実費	
死亡診断書		6,000円(税抜き)	
死亡処置料	浴衣を使用される方は別途実費が必要	5,000円(税抜き)	

*利用者負担第1～3段階の方は、居住費及び食費の負担が一部軽減されます。
申請につきましては、お住まいの市町村の窓口にご相談ください。

利用料金 (1日につき)	利用者負担				
	第1段階	第2段階	第3段階		
滞在費	従来型個室	490円	490円	1,310円	
	多床室	0円	370円	370円	R6年7月末まで
	多床室	0円	430円	430円	R6年8月から
食 費	300円	600円	①	②	
			1,000円	1,300円	

(5) 利用料金のお支払い方法

退所時に請求書を発行しますので、三愛病院1階受付にてお支払いください。

7. 施設利用に当たっての留意事項

面会時間	午前6時から午後9時まで。面会簿に記入をお願いします。
外出・外泊	外出・外泊される場合は、事前にお申出ください。
居室、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従ってご利用ください。故意に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	当事業所及び関連施設は、施設内敷地内禁煙です。
迷惑行為等	他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
貴重品の管理	多額の現金、預金通帳その他貴重品等の持ち込みはご遠慮願います。
所持品の持込	お名前の記入をお願いします。

8. 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスやハラスメントに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当施設お客様ご相談窓口 担当者	電話番号088-845-5291 FAX番号 088-845-5611 大石 陵子(病棟管理者)
--------------------	-----------------------------------------------------

- (2)利用者及びその家族から苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容や利用者の意向等の確認及び記録を行います。
- (3)苦情解決に当たっては、当該苦情の内容について事実調査のうえ、利用者及びその家族に対して、誠意をもって解決に努めます。
- (4)公的機関においても、次の機関に対して、苦情の申立てができます。
なお、市町村については、お住まいの市町村の窓口にお申立てください。

高知市役所介護保険課	所在地 高知市本町5-1-45 電話番号 088-823-9972 FAX番号 088-824-8390 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
南国市役所長寿支援課	所在地 南国市大埴甲2301 電話番号 088-880-6556 FAX番号 088-863-1167 対応時間 午前8時50分～午後5時15分
高知県 国民健康保険団体連合会	所在地 高知市丸ノ内2-6-5 電話番号 088-820-8410・8411 FAX番号 088-820-8413 対応時間 午前9時～午後4時

9. 事故発生時の対応

- (1)利用者に対する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、利用者の家族等に連絡を行い、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するとともに、適切な措置を講じます。
- (2)利用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います。
- (3)利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者及びその家族は、連帯して、事業者に対しその損害を賠償しなければなりません。

10. 非常災害対策

- (1)消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を備えるとともに、消防法令に従い、消防計画を立て、非常災害時の関係機関への通報体制を整備し、それらを定期的に職員に周知します。
- (2)防火管理者を置き、火元責任者は、病院の職員から選任します。
- (3)消防訓練、避難訓練その他必要な訓練を毎年度2回行います。

11. 衛生管理等

- (1)利用者の使用する施設、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ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行います。
- (2)施設において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3)施設として行うべき感染対策に関する法定研修等については、全職員を対象に年2回以上の頻度で実施しています。また、協力医療機関の研修または訓練に1年に1回以上参加し、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施指導を受けています。

12. 秘密保持

- (1)職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2)職員が、職員でなくなった後においても同様に、秘密を保持します。

13. 協力歯科医療機関

協力歯科	ごとう歯科	所在地 高知市一宮中町1-14-40 シルキーハイツ1F 電話番号 088-846-1180
協力病院	三愛病院	所在地 高知市一宮西町1-7-25 電話番号 088-845-5291

14. 法人の概要

名称	社会医療法人 仁生会
代表者職氏名	理事長 細木 秀美
所在地	高知市越前町1-10-17
電話番号	088-820-4100
事業の概要	細木病院、三愛病院、介護医療院さんあい、老人保健施設あうん高知 日高クリニックの運営等

利用同意書

1. 介護医療院さんあい(以下「事業者」という。)が提供する短期入所療養介護サービスの利用を申込みます。
2. サービスの利用の開始に際し、重要事項説明書を受領し、その内容に関して事業者から説明を受け、十分に理解のうえ同意します。
3. 利用期間は、令和 年 月 日からとします。
ただし、双方に異議がないときは、この利用期間は1年とし以下同様とする。
4. 次のいずれかの事由に該当した場合は、サービスの提供を終了します。
 - (1) 上記の利用期間が満了したとき。
 - (2) 利用者の要介護認定区分が自立又は要支援1・2と認定されたとき。
 - (3) 利用者が死亡したとき。
 - (4) 利用者若しくはその家族からサービスの利用の終了の申出があったとき。
 - (5) 利用者の著しい不信行為又は介護保険制度の趣旨に反する希望により、サービスの提供を継続することが困難になったとき。

5. 個人情報の利用

利用者へのサービス提供その他の場合に必要な利用者及び家族の個人情報の利用については、以下に記載するところにより同意します。

(1) 利用目的

① 事業者の内部での利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービス
- イ. 介護保険事務
- ウ. 利用者に係る事業者の管理運営業務のうち
 - ・利用開始又は休止、終了等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・サービスの向上
 - ・サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・学生の実習への協力
 - ・症例研究

② 他の事業者等への情報提供に係る利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービスのうち
 - ・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、共同してサービスを提供する場合
 - ・サービスの提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
 - ・外部監査機関への情報提供
- イ. 介護保険事務のうち
 - ・審査支払機関への請求書等の提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ウ. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
- エ. 大規模災害等発生時、生命を守る為に必要と判断した場合

③ 他の事業者からの情報提供

- ・他の病院、診療所、介護サービス事業者等との連携、共同してサービスを提供する場合
- ・サービスの提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を受ける場合

(2) 条件

- ① 個人データの提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 利用者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ利用者の明確な同意を得るよう事業者を求めることができること。

③利用者が、②の意思表示を行わない場合は、利用目的について利用者の同意を得られたものとする。

④同意及び留保は、その後、利用者からの申出により、いつでも変更することが可能であること。

(3)開示

①事業者は、利用者から、所定の様式による申出により、当該利用者が識別される保有個人データの開示を求められたときは、利用者に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示すること。

②当該保有個人データの開示を求め得る者は、原則として利用者本人とするが、次に掲げる場合には、利用者本人以外の者が利用者によって開示を求めることができるものとする。

- ・利用者の法定代理人又は開示等の求めをすることにつき、利用者が委任した代理人
- ・利用者の判断能力に疑義がある場合、現に利用者の世話をしている家族

③利用者が死亡した場合、当該保有個人データの開示を求め得る者の範囲は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者(これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。)とすること。なお、個人情報の提供に当たっては、利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重すること。

④事業者は、利用者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがあるなどの場合には、当該保有個人データの全部又は一部を開示しないことができること。

⑤利用者は、開示に際しては、実費を支払うこと。

(4)開示に関する問い合わせや申請等については、診療情報管理室(088-845-5291)が窓口となって受け付けます。

(5)この他厚生労働省による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づいて、個人情報を適切に取扱います。

同意を証するため、本書2通を作成し、利用者は署名、事業者は記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者

住 所

電話番号

氏 名

(代筆者)

(続柄)

利用者の家族

住 所

電話番号

氏 名

利用者との続柄

<事業者>

所在地 **高知市一宮西町1丁目7番25号**

電話番号 **088-845-5291**

名 称 **介護医療院さんあい**

代表者 **社会医療法人 仁生会
理事長 細木 秀美**

印

説明者

印