

介護老人保健施設たてがみの郷

短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護 ユニット型・多床室型

重要事項説明書

法人の理念 「利用者主体のサービス」

～すこやかに おだやかに にこやかに あなたとともに～

1 法人、施設の概要

(1) 法人の名称

法人名称	社会福祉法人 ウェルNC
法人所在地	島根県大田市波根町 1290 番地 1
代表者役職.氏名	理事長 田中 礼祐
設立年月日	平成 15 年 4 月 28 日
電話番号	0854-85-8181 F A X 番号 0854-85-7575

定款に定めた事業	介護老人保健施設 ユニット型・多床室型 短期入所療養介護（介護予防サービス対応） 認知症対応型共同生活介護（介護予防サービス対応） 居宅介護支援事業（介護予防サービス対応） 小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防サービス対応） 通所リハビリテーション（介護予防サービス対応） 福祉人材の育成・確保に関する事業 弁当サービス事業 運動施設運営事業 訪問リハビリテーション（介護予防サービス対応）
----------	---

(2) 施設の名称

①施設名称	介護老人保健施設 たてがみの郷 ユニット型
開設年月日	平成 27 年 4 月 28 日
介護保険指定番号	島根県 3250580028号
②施設名称	介護老人保健施設 たてがみの郷 多床室型
開設年月日	平成 15 年 4 月 28 日
介護保険指定番号	島根県 3250580010号
管理者氏名	長 坂 行 博

2 介護老人保健施設の目的と運営方針

(事業の目的)

介護老人保健施設は、要介護状態と認定された利用者一人一人の意思及び人格を尊重し、施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他日常的に必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、利用者が相互に社会的関係を築き、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ことを目的とした施設です。

(運営の方針)

施設は、利用者に対してサービスの提供方法を理解しやすいように説明する、緊急やむを得ない場合を除いて身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない等、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介護老人保健施設サービスの提供に努めるものとする。

- 2) 施設サービス提供にあたっては、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「すこやか」で「穏やか」で「にこやか」に過ごすことができるよう地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図るよう努めるものとする。
- 3) 前項の規定に基づき提供した施設サービスについては、常にその質の評価を行い、その改善を図るよう努めるものとする。

3 居室等の概要

施設では以下の居室・設備をご用意しています。

個室・多床室への入所を希望される場合は、その旨はお申し出ください。

但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

居室・設備の種類		室数	備考
ユニット型 個室（1人部屋）	浮布ユニット	10 室	共有スペース；食堂・キッチン 居室；洗面台・トイレ・クローゼット
	さひめユニット	11 室	共有スペース；食堂・キッチン 居室；洗面台・トイレ・クローゼット
	銀山ユニット	11 室	共有スペース；食堂・キッチン 居室；洗面台・トイレ・クローゼット
多床室型 （3人部屋）	さんべユニット	6 室	共有スペース；食堂・キッチン 居室内共有；洗面台・トイレ タンス（個別）
浴室 脱衣室		2 室	大浴場・個人浴槽・特殊浴槽
診察室		1 室	医師の診察に使用
静養室		1 室	居室で静養することが一時的に困難な利用者の静養に使用する
機能訓練室		1 室	平行棒・ウオーターベッド・温熱物療機器・筋力向上トレーニング機器等設置

その他、上記を含めた指定基準を遵守し、設置が義務付けられている設備を備えています。

居室の変更；ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を判断します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。

- (2) 入所定員等 ユニット型 32人（個室）
多床室型 18人（3人部屋）

（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護 空床利用）

(3) 施設の職員体制

職 種		人 員	業 務 内 容
医師		1 人	利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う
薬剤師		1 人	医師の指示に基づき調剤を行い、利用者に対し服薬指導を行う
介護支援専門員		1 人	利用者の施設サービス計画の原案を立てるとともに、要介護認定及び要介護認定更新の申請手続きを行う。
看護職員	ユニット型	3 人以上 (常勤換算)	医師の指示に基づき投薬、検温、血圧測定等の医療行為を行うほか、利用者の施設サービス計画及びリハビリテーション実施計画に基づく看護を行う。
	多床室型	2 人以上 (常勤換算)	
介護職員	ユニット型	8 人以上 (常勤換算)	利用者の施設サービス計画及びリハビリテーション実施計画に基づく介護を行う。
	多床室型	6 人以上 (常勤換算)	
理学・作業療法士 又は言語聴覚士		1 人	リハビリ業務（リハビリテーション実施計画書を作成するとともにリハビリテーションの実施に際し指導を行う）
支援相談員		1 人	利用者及びその家族からの相談に適切に応じるとともに、レクリエーション等の計画、指導を行い市町村との連携を図るほかボランティアの指導を行う。
管理栄養士		1 人	利用者の栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理を行う。
栄養士		1 人	献立を作成し現場での調理や衛生管理を行う。
調理員		6 人以上	食事作りを行う。
生活支援員		1 人以上	日常生活支援、環境保全に関する事を行う。

(R4. 4. 1現在 指定基準に基づき人員基準を満たした配置を行っています)

4 介護保険証の確認

ご利用者の申し込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

5 入退所の手続き

(1) 入所手続き

入所時に入所契約書及び入所利用同意書に署名（記名押印）をいただき、サービスの提供を開始します。また、初回利用時の契約書及び同意書をもって、繰り返し当施設を利用することができます。但し、同意書内容に変更があった場合には、新たに同意を得ることとします。

(2) 退所手続き

① ご利用者のご都合で退所される場合

退所をされる 7 日前までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ ご利用者が他の介護保険施設等に入所された場合。
- ・ 介護保険給付サービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）または、要支援と認定された場合。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合。
- ・ ご利用者が入院となった場合。

③ その他当施設からの解除

- ・ 当施設において定期的に実施する入所継続検討会議において、退所して居宅において生活が出来ると判断された場合は退所していただきます。
- ・ ご利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な施設サービスの提供を超える判断された場合。
- ・ ご利用者が、サービス料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、又は、ご利用者やご家族など当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。
- ・ 天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合。
- ・ やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合がございます。この場合は、契約終了30日前までに文書にて通知いたします。

6 サービスの内容

ご利用者・ご家族・職員三者の共有した施設サービス計画に基づいて、医療、看護・介護、リハビリテーションを総合的に支援します。

① 施設サービス計画の立案

② 食事（食事は原則として食堂で提供致します。）

朝食 7時30分～ 昼食 12時00分～ 夕食 17時30分～

③ 入浴（入所利用者は最低週2回ご利用いただきます。）

必要時施設サービス計画に沿って提供します。但し、ご利用者の心身の状況に応じて、清拭となる場合があります。

④ 日常生活における介護

施設サービス計画に沿って、着替え、排泄、食事の介助、移動など必要な介助を行います。又、退所時の支援も行います。

⑤ リハビリテーション

日常生活の維持・改善、余暇活動のサポート、家庭環境の調整など生活機能向上を目的に作業療法士・言語聴覚士等が中心となり職員全員で維持期リハビリテーションを行います。

⑥ 健康管理

医師・看護により健康管理に努めます。又、緊急時等必要な場合には主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引継ぎます。

⑦ 栄養管理等の栄養状態の管理

⑧ 相談援助サービス

介護以外の日常に関する事も含め相談できます。

⑨ 社会生活上の便宜

必要な教養娯楽設備を整えるとともに、施設での生活を実りのあるものとするため、適宜レクリエーション等行事を企画します。行政機関に対する手続きが必要な場合には、ご利用者及びご家族の状況によっては、代わりに行います。

⑩ 理美容サービス

月に1回、移動理美容車の出張による理容サービスがご利用頂けます。

⑪ 行政手続代行

⑫ その他

※これらのサービスのなかには、ご利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもあります。

7 送迎サービス

通常の事業の実施地域は大田市となります。

上記以外の地域への送迎は、上記の地域を出てから 1km あたり 40 円の実費が必要となります。

8 施設利用にあたっての留意事項

食事	特段の事情がない限り、施設の提供する食事をお召し上がりください。
面会	自由です。（夜間は事前に電話等でご連絡ください。）リモート面会も可能です
外出・外泊	外出外泊希望はサービスステーションへお知らせください。 外出・外泊簿に記入の上、ご家族が同行してください。
飲酒・喫煙	定められた場所で、他のご利用者への迷惑とならないようにお願いします。
金銭、貴重品の管理	基本的には各自で管理してください。 金銭・貴重品等紛失した場合の責任は一切負いませんのでご了解ください。
所持品の持ち込み	危険物等一定の禁止物品以外は、自由に持ち込みできます。
売店	月曜日から金曜日まで、日用品、軽食の販売を行っています。
施設外での受診	入所中の方は医療保険の対象とならない場合がありますので、無断で他の病院や診療所の受診はできません。やむをえず受診の必要な場合は、必ずご連絡下さい。（外泊中、急に体調が悪くなった場合でも必ず当施設にご連絡ください。）
宗教活動	他のご利用者に迷惑をかけない範囲内をお願いします。
ペット	他のご利用者への迷惑となる場合がありますのでご遠慮ください。

- ・ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。
- ・他のご利用者への迷惑行為は禁止します。

9 利用料

※別紙 1．利用料金表をご覧ください。

10 緊急時並びに事故発生時の対応方法

ご利用者に様態の変化等があった場合や事故が発生した場合は、マニュアルに添って医師に連絡する等必要な処置を講ずると共に、緊急連絡先に速やかに連絡いたします。

(2) 他施設の紹介

当施設での対応が困難な状態になり、専門的な対応が必要になった場合は、責任を持って他の医療機関を紹介します。ただし、医療機関受診の結果、入院となった場合は退所となります。

11 他機関・施設との連携

(1) 協力医療機関への受診

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関にご協力いただいております。

① 協力医療機関

・名 称 大田市立病院
・住 所 島根県大田市大田町吉永 1 4 2 8 - 3
・電 話 0854-82-0330

・名 称 医療法人 恵和会 石東病院
・住 所 島根県大田市大田町大田イ 8 6 0 - 3
・電 話 0854-82-1035

・名 称 医療法人 仁寿会
・住 所 島根県邑智郡川本町川本 383-1
・電 話 0855-72-0640

③ 協力歯科医療機関

・名 称 もりわき歯科クリニック
・住 所 島根県大田市大田町大田イ 244-1
・電 話 0854-84-8020

12 非常災害対策

防災時の対応 緊急連絡網、消防署連携のもと、早急な対応を行います。
防災設備 スプリンクラー、消火器等基本設備を配置しています。
防火避難訓練 昼夜を想定した防火避難訓練を年 2 回実施します。

13 秘密の保持及び個人情報の保護

当施設とその職員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者又はそのご家族等に関する秘密・個人情報を、ご利用者または第三者の生命・身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません。また、個人情報の利用目的を別紙 2 のとおり定め、情報収集及び情報提供については、ご利用者及びご家族から、予め同意を得た上で行うこととします。また、利用終了後も同様の取扱いとします。
※別紙 2. 個人情報の利用目的をご覧ください。

14 サービス内容に関する相談・苦情担当

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
苦情受付担当者 吉田 洋子	0854-85-8181	平日 8:30~17:30

(2) 第三者委員

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
内田節子	0854-82-3017	平日 9:00~18:00

有馬佳規	0854-84-5407	平日 9:00～18:00
------	--------------	---------------

※ 玄関、各階に「ご意見箱」を設置しております。ご利用ください。

(3) 当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口にも相談することもできます。

相談・苦情窓口	電話番号	受付日時
① 大田市健康福祉部介護保険課	直通 (0854) 83-8063	平日 8:30～17:15
② 島根県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情相談窓口)	(0852) 21-2811	平日 9:00～17:00
③ 島根県運営適正化委員会	(0852) 32-5913	平日 8:30～17:00

15 虐待防止・身体拘束廃止のための対応方法

(1) 虐待防止

入居者の人権を擁護し、虐待を防止するために次の取り組みを行います。

- ①研修等をととして、職員の人権意識、知識及び技術の向上を図ります。
- ②職員が、業務上抱える悩みや問題について、相談できる体制及び機会を作ります。

(2) 身体拘束廃止

入居者に対して、身体拘束その他入居者の行動を制限する行為は行いません。但し、入居者等の生命または身体に危険がある等、緊急やむを得ない場合には次のとおり対応します。

- ①緊急やむを得ない場合に該当するのか、身体拘束廃止委員会で検討します。
- ②緊急やむを得ないと判断した場合は、家族等へその内容、目的、理由、拘束の期間等を詳細に説明し、同意を得た上で行います。
- ③拘束の期間は、入居者の日々の心身の状態等を観察し、記録を行います。
- ④拘束期間が終了したとき、あるいはその要件に該当しなくなった場合は、速やかに身体拘束廃止委員会で検討し、身体拘束等を解除します。

(3) 閲覧について

利用者等はいつでも当該マニュアルを閲覧することができます。また、事業所ホームページにおいても閲覧することが出来ます。

介護老人保健施設 たてがみの郷 利用料金表
(短期入所療養介護、介護予防短入所療養介護)

令和 6 年 8 月 1 日現在

ご利用者負担額（日額：円）								
要介護度区分	ユニット型【在宅強化型】				多床室型【加算型】			
	1 割	2 割	3 割	費用 基準額	1 割	2 割	3 割	費用 基準額
要支援 1	680	1,242	1,863	6,210	613	1,226	1,839	6,130
要支援 2	846	1,564	2,346	7,820	774	1,548	2,322	7,740
要介護 1	906	1,812	2,718	9,060	830	1,660	2,490	8,300
要介護 2	983	1,966	2,949	9,830	880	1,760	2,640	8,800
要介護 3	1,048	2,096	3,144	10,480	944	1,888	2,832	9,440
要介護 4	1,106	2,212	3,318	11,060	997	1,994	2,991	9,970
要介護 5	1,165	2,230	3,495	1,1650	1,052	2,104	3,156	10,520

加 算	1 割	2 割	3 割	費用基準額	備 考
夜勤体制加算（日）	24	48	72	240	夜勤職員配置加算算定要件を満たしている
個別ビリテーション 実施加算（回）	240	480	720	2,400	個別リハビリテーション計画を作成し個別リ ハビリテーションを 20 分以上実施場合
療養食加算（回）	8	16	24	80	医師の指示のもと療養食を提供する場合（1 日 3 回を限度）
緊急短期入所受入 加算（日）	90	180	270	900	緊急対応の場合 7 日（やむを得ない事情の場合は 14 日）を限度として加算
在宅復帰・在宅療養支 援機能加算（Ⅰ）（日）	51	102	153	510	在宅復帰率の基準を満たしておりかつ地域貢 献活動を行っている等の基準に合致
送迎加算（片道、回）	184	368	552	1,840	利用者に対して送迎を行う場合
サービス提供体制強 化加算（Ⅱ）（日）	18	36	54	180	介護職員の総数の内、介護福祉士の占め る割合が 60%以上である
総合医学管理加算	275	550	825	2,750	1.治療管理を目的とし、厚生労働大臣が 定める基準に従い指定短期入所療養介護 を行った場合に、10 日を限度として 1 日 につき所定単位数を加算する

生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	10	20	30	100	・利用者の安全並びに介護サービスの質の海保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的にやっていること。 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組みによる効果を示すデータの提供を行うこと
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数に3.9%を乗じた単位数				処遇改善計画を策定し、介護職員の更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進めていることを評価
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和6年6月から	ユニット型 多床室型	所定単位数の7.5%を乗じた単位数			介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置。既存の介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化したもの

◎その他の利用料金（実費ご負担額、税込み）

項 目	料 金	備 考
※居住費 （R6年8月より）	2,066 円/日	ユニット型個室（洗面台、ウォシュレット付トイレ）
	437 円/日	多床室（洗面台、ウォシュレット付トイレ共用）
※食費（R6年4月より）	1,700 円/日	朝食 400 円、昼食 700 円、夕食 600 円
電気代	50 円/回	個人使用の電化製品（1台当たり）
施設洗濯代	100 円/枚	施設での洗濯を希望される場合
テレビリース料	100 円/日	貸し出し用機種を使用される場合（地上波のみ） （リース代 100 円/日）
その他の費用	実費	クラブ活動、行事費、嗜好品、栄養補助食品等

※ 居住費（滞在費）・食費につきましては、国が定める負担軽減制度がありますので、市町村窓口にご相談ください。

※ その他の料金及び詳細につきましては、別途お問い合わせ下さい。

介護老人保健施設短期入所療養介護利用同意書

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設たてがみの郷短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 島根県大田市波根町 1290-1
法人名 社会福祉法人ウエル NC
事業所名 介護老人保健施設 たてがみの郷
管理者名 長 坂 行 博 印

説明者 氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護老人保健施設たてがみの郷のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。また、下記の項目のうち押印した項目についても同意します。

居住費（滞在費）		テレビ使用料	
食費		施設洗濯代（施設に依頼）	
電気代		その他費用	

令和 年 月 日

<利用者> 住 所

氏 名 _____ 印 _____

＜保証人＞ 住 所

氏 名 _____ 印 _____

個人情報の利用目的

社会福祉法人ウエル N C 介護老人保健施設たてがみの郷では、お預かりしている個人情報の利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的】

〔介護老人保健施設内部での利用目的〕

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- ・介護保険サービスの利用のための情報収集及び情報提供のうち
 - －市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等との情報収集及び情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等との療養情報の収集及び提供。
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －血液検査、検便等の検査業務委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - －保険事務の委託
 - －審査支払機関（国保連合会）への介護給付費明細書等（いわゆるレセプト）の提出
 - －審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・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

【上記以外の利用目的】

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

〔当法人の内部での利用に係る利用目的〕

- ・当法人の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当法人において行われる学生の実習への協力
 - －当法人において行われる事例研究

〔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。

個人情報使用同意書

事業所名 介護老人保健施設 たてがみの郷

管理者 長 坂 行 博 様

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

家族等 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 (_____)

事業所職員が介護老人保健施設たてがみの郷の利用に際し、入手した私（利用者およびその家族）の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 目 的

下記において必要な場合にのみ使用することを許可します。

- （１）介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため。
- （２）利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- （３）医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- （４）利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合。
- （５）利用者の利用する介護サービス事業所内の会議等のため。
- （６）その他サービス提供で必要な場合や、緊急を要する場合。
- （７）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。尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用します。

2 範 囲

主治医、事業所職員、介護支援専門員、介護計画に位置付けられたサービス事業者の担当者、及び上記１（１）～（７）で必要な範囲内とします。

3 期 間

当事業所との契約期間に限ります。

4 条 件

- （１）個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しないでください。またサービス利用契約締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないように細心の注意を払って下さい。
- （２）個人情報を使用した会議の内容、相手方、内容等の経過を記録し、請求すれば開示して下さい。

【請求書・明細書及び領収書の送付先】

利用者名

氏 名	(続柄)	明・大・昭 年 月 日生
住 所	(〒 -)	
電話番号		

*支払方法 < 銀行振込 現金支払 口座引落 郵便振替 >

【緊急時の連絡先】

氏 名	(続柄)	明・大・昭 年 月 日生
住 所	(〒 -)	
電話番号		

氏 名	(続柄)	明・大・昭 年 月 日生
住 所	(〒 -)	
電話番号		

氏 名	(続柄)	明・大・昭 年 月 日生
住 所	(〒 -)	
電話番号		