

## 介護老人保健施設衣笠ろうけん重要事項

### ◇介護保険証の確認

説明を行うに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### ◇ケアサービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、ご本人・保証人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

#### 医療：

介護老人保健施設は入院の必要がなく、内臓疾患の状態が安定している要介護者を対象としています。医師・看護職員が勤務していますので、ご提供頂いた情報に基づき適切な医療・看護を行います。

#### 介護：

施設サービス計画に基づいて実施します。

#### 機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

### ◇生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立ち運営に努力します。

#### 療養室：

個室、4人室

#### 食事：

朝食 7時20分～ 8時20分

昼食 11時30分～12時30分

夕食 18時00分～19時00分

\*食事は原則として食堂でおとりいただきます。

#### 行事・季節等の特別な食事の提供：

行事食等には通常のメニューのほか特別な食事を用意しています。

\*特別な食事の提供には、別途料金をいただきます。

#### 入浴：

週に最低2回。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

#### 理美容：

理美容サービスをご案内しております。必要な方は職員にお声かけ下さい。

理美容に必要なスペースを提供しておりますのでご利用ください。

### ◇他機関・施設との連携

#### 協力医療機関への受診：

当施設では、病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいていますので、利用者の状態が変化した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

#### 他施設のご案内：

当施設での対応が困難な状態になったり、専門的な対応が必要になった場合には、他の機関をご案内します。

#### ◇守秘義務について

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員で無くなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことが無いよう、指導教育を適時行います。

#### ◇研修について

施設長他全ての職員は、入所者の処遇向上のための研修等において職務遂行能力の水準の維持、向上に努めます。

#### ◇緊急時の対応

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた保証人宛に連絡します。

事故発生時には、別に定める発生時の対応に基づき適切に対処します。

#### ◇相談窓口

当施設には相談指導の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。  
(電話 046-852-1185)

要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

- ・民生局福祉こども部介護保険課給付係（電話 046-822-8253）

月曜日～金曜日 8:30～17:15（祝日を除く）

- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（電話 045-329-3447）

#### ◇施設の概要

##### (1) 施設の名称等

- ・施設名 社会福祉法人日本医療伝道会 介護老人保健施設衣笠ろうけん
- ・開設年月日 平成7年7月18日
- ・所在地 横須賀市小矢部 2-23-1
- ・電話番号 046-852-1185 ・ファックス番号 046-852-1186
- ・管理者名 武藤 正樹
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（1451980002号）

##### (2) 施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業務内容
・医師	1(1.0)			医学的管理
・看護職員	6(6.0)	1(0.6)	1(1)	看護全般
・薬剤師	1(0.2)			薬剤管理、指導
・介護職員	9(9.0)	8(4.6)	1(1)	介護全般
・支援相談員	2(2.0)			相談、指導、苦情受付
・理学・作業療法士	3(1.6)	3(1.0)		理学・作業機能訓練
・管理栄養士	1(1.0)			栄養管理、指導
・介護支援専門員	1(1.0)			施設サービス計画の立案実施
・事務職員		1(0.8)		請求、会計、記録作成管理他

(令和4年4月1日現在)

##### (3) 入所定員等 ・定員 50名

- ・療養室 個室 2室、4人室 12室

◇サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 行事、季節等による特別な食事の提供
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ その他

\*これらのサービスのなかには、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ので、具体的にご相談ください。

◇利用料金

1 保険給付の自己負担額

○施設サービス費（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日あたりの自己負担分です）

サービス提供体制強化加算（I）		1割負担 23円/日、2割負担 46円/日、3割負担 69円/日					
		〈基本型〉			〈強化型〉		
〈従来型個室〉	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
要介護1	747円	1,493円	2,239円	776円	1,551円	2,326円	
要介護2	794円	1,587円	2,380円	851円	1,702円	2,552円	
要介護3	858円	1,716円	2,574円	916円	1,831円	2,747円	
要介護4	914円	1,827円	2,740円	974円	1,948円	2,922円	
要介護5	967円	1,934円	2,900円	1,033円	2,065円	3,098円	
		〈従来型〉			〈強化型〉		
〈多床室〉	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	
要介護1	824円	1,647円	2,471円	859円	1,718円	2,577円	
要介護2	874円	1,748円	2,621円	937円	1,873円	2,809円	
要介護3	939円	1,877円	2,816円	1,003円	2,005円	3,007円	
要介護4	992円	1,984円	2,976円	1,061円	2,122円	3,182円	
要介護5	1,049円	2,097円	3,145円	1,119円	2,237円	3,355円	

\*別に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た場合に、夜勤職員配置加算として、1日につき1割負担 25円、2割負担 50円、3割負担 75円加算されます。

\*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、その入所日から起算して3月以内の期間に集中的にリハビリテーションを行った場合、短期集中リハビリテーション実施加算として、1日につき1割負担 251円、2割負担 502円、3割負担 753円加算されます。

\*認知症であると医師が判断した者であって、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判断されたものに対して、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する

施設が、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集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、入所の日から起算して3月以内の期間に限り、1週に3日を限度として、1日につき1割負担 251円、2割負担 502円、3割負担 753円加算されます。

\*基本型老健であって、別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、在宅復帰支援機能加算Ⅰとして1日につき1割負担 36円、2割負担 71円、3割負担 107円加算されます。

強化型老健であって、別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、在宅復帰支援機能加算Ⅱとして1日につき1割負担 48円、2割負担 96円、3割負担 144円加算されます。

\*外泊された場合には、1月に6日を限度として上記施設サービス費に代えて、外泊時費用として、1日につき1割負担 379円、2割負担 757円、3割負担 1,135円加算されます。ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いにはなりません。

\*入所後30日間に限って、初期加算として、1日につき1割負担 32円、2割負担 63円、3割負担 94円加算されます。

\*再入所において必要となる栄養管理が、前入所の際に必要な栄養管理とは大きくなる為、当該介護老人保健施設の栄養士が当該病院又は診療所の管理栄養士と連携し当該者に関する栄養ケア計画を策定した場合に、再入所時栄養連携加算として、入所者一人につき1回を限度として1割負担 209円、2割負担 418円、3割負担 627円加算されます。

\*利用者等に入所前後の療養指導を居宅等に訪問して指導を行った場合

入所前後訪問指導加算(Ⅰ) 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、1回に限り1割負担 471円、2割負担 941円、3割負担 1,411円加算されます。

入所前後訪問指導加算(Ⅱ) 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にあたり、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を策定した場合、1回に限り1割負担 502円、2割負担 1,004円、3割負担 1,505円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、継続的に入所者ごとの栄養管理を強化して実施し、結果等を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、栄養マネジメント強化加算として、1日につき1割負担 12円/日、2割負担 23円/日、3割負担 35円加算されます。

\*医師の指示により、現に経管により食事を摂取している入所者ごとに、経口による食事の摂取を進めるための経口移行計画が作成された場合であって、当該計画に従い、医師の指示を受けた管理栄養士又は栄養士による栄養管理及び言語聴覚士又は看護師による支援が行われた場合は、当該計画が作成された日から起算して180日以内の期間に限り1日につき経口移行加算として、1割負担 30円、2割負担 59円、3割負担 88円加算されます。

\*現に経口により食事を摂取するものであって、摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、入所者の健康管理をするための食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに、経口による継続的な食事の摂取を進めるための傾向維持計画を作成している場合であって、当該計画に従い、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、栄養管理を行った場合に、当該計画が作成された日の属する月から起算して6月以内の期間に限り、経口維持加算(I)として1月につき1割負担418円、2割負担836円、3割負担1,254円加算されます。

協力歯科医療機関を定めている介護老人保健施設が、経口維持加算(I)を算定している場合であって、入所者の経口による継続的な食事の摂取を支援するための食事の観察及び会議等に、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合、経口維持加算(II)として1月につき1割負担105円、2割負担209円、3割負担314円加算されます。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められ、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対し、口腔ケアを月4回以上行った場合に、口腔衛生管理加算(I)として1月につき1割負担94円、2割負担188円、3割負担282円加算されます。

(I)の要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合に、口腔衛生管理加算(II)として1月に1割負担115円、2割負担230円、3割負担345円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

\*医師の指示により、治療食を提供した場合、1食につき1割負担7円、2割負担13円、3割負担19円加算されます。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、当該入所者に処方する内服薬の減少について、退所時又は退所後1月以内に当該入所者の主治の医師に報告し、その内容を診療録に記載した場合は、かかりつけ医連携調整加算(I)として、当該入所者の退所時に1割負担105円、2割負担209円、3割負担314円加算されます。

(I)を算定し、服薬情報等を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、かかりつけ医連携調整加算(II)として、当該入所者の退所時に1割負担251円、2割負担502円、3割負担753円加算されます。

(I)(II)を算定し、6種類以上の内服薬を1種類以上減少させた場合は、かかりつけ医連携調整加算(III)として、当該入所者の退所時に1割負担105円、2割負担209円、3割負担314円加算されます。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する施設において、別に厚生労働大臣が定める入所者に対し、投薬、検査、注射、処置を行った場合、所定疾患施設療養費Iとして、1月に7日を限度に一日につき、1割負担250円、2割負担500円、3割負担750円加算されます。

当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講している場合、所定疾患施設療養費IIとして、1月に10日を限度に一日につき、1割負担502円、2割負担1,004円、3割負担1,505円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、リハビリテーションを行い、リハビリテーション実施計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算として、1月につき、1割負担33円、2割負担69円、3割負担104円加算されます。

\*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、継続的に入所者ごとの褥瘡管理をし、評価結果等を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、褥瘡マネジメント加算(I)として、3月に1回、1割負担4円、2割負担7円、3割負担10円加算されます。

(I)の算定基準を満たしている施設において、褥瘡発生リスクがあるとされた入所者について、褥瘡の発生がない場合は、褥瘡マネジメント加算(II)として、1月に1回、1割負担14円、2割負担27円、3割負担41円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、継続的に入所者ごとの排泄支援の取り組みをし、評価結果等を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、排せつ支援加算(I)として、1月に1回、1割負担11円、2割負担21円、3割負担32円加算されます。

(I)の算定要件を満たしている施設において、適切な対応を行うことにより、「排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善した」又は「おむつ使用ありから使用なしに改善した」、場合、排せつ支援加算(II)として、1月に1回、1割負担16円、2割負担32円、3割負担47円加算されます。

(I)の算定要件を満たしている施設において、適切な対応を行うことにより、「排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善した」かつ「おむつ使用ありから使用なしに改善した」、場合、排せつ支援加算(III)として、1月に1回、1割負担21円、2割負担42円、3割負担63円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、継続的に入所者ごとの自立支援を行い、結果等を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、自立支援促進加算として、1月につき、1割負担314円、2割負担627円、3割負担941円加算されます。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、入所者ごとの基本的な情報を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、科学的介護推進体制加算(I)として、1月につき、1割負担42円、2割負担84円、3割負担126円加算されます。

加えて疾病の状況や薬剤情報等の情報を厚生労働省に提出し、情報を活用した場合は、科学的介護推進体制加算(II)として、1月につき、1割負担63円、2割負担126円、3割負担189円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合する介護保健施設において、入所者に対し、介護保健施設サービスを行った場合、安全対策体制加算として、入所日初日に限り、1割負担21円、2割負担42円、3割負担63円加算されます。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、1月につき所定単位数 $\times 39/1000$ に相当する単位数が、介護職員処遇改善加算(I)として加算されます。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、1月につき所定単位数 $\times 21/1000$ に相当する単位数が、介護職員等特定処遇改善加算(I)として加算されます。

- \*別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、1月につき所定単位数 $\times 8/1000$ に相当する単位数が、介護職員等ベースアップ等支援加算として加算されます。

#### ○退所時等支援等加算

- ①利用者の主治医に対し文書をもって利用者の処遇に必要な情報を提供した場合、退所時情報提供加算として1回に限り、1割負担523円、2割負担1,045円、3割負担1,568円加算されます。

②入所前連携加算(Ⅰ) 次に掲げるいずれの基準にも適合する場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として、1 割負担 627 円、2 割負担 1,254 円、3 割負担 1,881 円加算されます。

ア、入所予定日前 30 日以内又は入所後 30 日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護事業所と連携し、入所者の同意を得て、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。

イ、入所者の入所期間が 1 月を超え、入所者が退所し、居宅サービス等を利用する場合、入所者の退所に先立って入所者が利用を希望する居宅介護支援事業所に対し、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて居宅サービス等に必要な情報を提供し、かつ、当該居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行うこと。

入所前連携加算(Ⅱ) 入所前連携加算(Ⅰ)のイ、の要件を満たした場合に、入所者 1 人につき 1 回を限度として、1 割負担 418 円、2 割負担 836 円、3 割負担 1,254 円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

③退所後訪問看護が必要と認められ、訪問看護ステーションに対し指示書を交付した場合、訪問看護指示加算として、入所者 1 人につき 1 回を限度として、1 割負担 314 円、2 割負担 657 円、3 割負担 941 円加算されます。

## 2 利用料

①食費 (1 日当たり) 1,830 円

(ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく食費の上限となります。)

②入所者が選定する特別な食事の費用 実費  
通常の食事以外で特別メニューを設定している施設において、特別メニューの食事を選定された場合にお支払いいただきます。

③居住費 (療養室の利用費) (1 日当たり) \*

- ・従来型個室 2,100 円
- ・多床室 520 円

(ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく居住費の上限となります。)

④行事費 (その都度実費をいただきます。)

小旅行や観劇等の費用や講師を招いて実施する料理教室の費用で参加された場合にお支払いいただきます。

⑤健康管理費 (その都度実費をいただきます。)

インフルエンザ予防接種等を希望された場合にお支払いいただきます。

⑥理美容代 (その都度実費をいただきます。)

理美容サービス等を希望された場合にお支払いをいただきます。

⑦その他の費用 (その都度実費をいただきます。)

利用者の選択によって個人的に使用する機器等にかかる電気代、診断書等の文書の発行に係る費用等

## 支払い方法

・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。領収書を発行いたします。

・お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。入所契約時にお選びください。

## ◇協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科医療機関に協力いただいています。

### 協力医療機関

- ・名称 総合病院 衣笠病院
- ・住所 横須賀市小矢部 2-23-1

### 協力歯科医療機関

- ・名称 衣笠ヘルスケア歯科
- ・住所 横須賀市衣笠町 1-40

## ◇施設利用に当たっての留意事項

当施設の利用に当たっての留意事項は以下のとおりです。

- ① 面会時間は、8：00～20：00です。
- ② 外出・外泊時は、届出のうえ必ず許可を得てください。
- ③ 施設内での飲酒・喫煙・携帯電話の使用はご遠慮ください。
- ④ 設備・備品の取り扱いには十分にご注意ください。
- ⑤ 所持品にはご記名をしてください。
- ⑥ 金銭・貴重品の持ち込みは、原則ご遠慮願います。また、当施設は紛失、盗難等の責は負いません。
- ⑦ ペットの持ち込みは、ご遠慮ください。
- ⑧ 火気の取扱いは、禁止です。
- ⑨ 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止です。
- ⑩ 他利用者及び当施設関係者への迷惑行為は禁止とします。

## ◇非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、火災報知器、非常灯、熱探知器
- ・防災訓練 年2回以上

## ◇禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、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。

## ◇身体の拘束等

当施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、身体拘束廃止委員会で検討を行った上で、家族の同意を得て、施設管理者又は施設長が判断し、利用者の安全の為に行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、当施設の医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録に記載することとします。

## ◇その他

- ・当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。
- ・当書類の使用期間は契約期間に準じます。



年 月 日

○上記の通り重要事項を説明し、交付しました

(社) 日本医療伝道会

介護老人保健施設 衣笠ろうけん

説明者氏名

---

○上記の通り重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました

利用者氏名

---

利用者家族氏名

---