

おとがね介護医療院

重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定 第 40B3200019 号)

当施設はご入所者に対して介護医療院サービスを提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

- ※ 当施設への入所は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。
- ※ 病状が安定していない方、その他施設での対応が困難と判断される方については入所ができない場合があります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者（ご利用施設）の概要	1
2. 介護医療院の目的と運営方針	1
3. 施設の概要	1
4. 施設の職員体制	2
5. 職員の勤務内容	2
6. 施設サービスの内容	3
7. ご利用料金	4
8. ご利用料金のお支払い方法	11
9. 協力医療機関等	11
10. 施設を退所していただく場合	11
11. 苦情の受付について	12
12. 行政機関その他苦情受付機関	13
13. サービスの質の確保	14
14. 個人情報の取り扱いについて	15
15. 施設の利用にあたっての留意事項	15
16. 非常災害対策	16
17. その他の禁止事項	16

介護医療院『重要事項説明書』

1. 事業所（ご利用施設）の概要

施設名 「おとがね介護医療院」
開設年月日 2024年2月1日
所在地 福岡県大野城市乙金東四丁目12番1号
(電話) 092-503-7070
(FAX) 092-503-7855
管理者（施設長）氏名 鍋島 一志
事業所番号 40B3200019

2. 介護医療院の目的と運営方針

(1) 施設の目的

介護医療院とは、慢性期の医療と介護の必要性がある方や介護度の高い方が、長期療養生活を送られることを目的とし、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた長期療養・生活施設です。

(2) 運営方針

入所様が有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、施設サービス計画に基づいて医学的管理のもと、医療、日常的に必要とされるリハビリテーション、看護、介護を行い、療養生活ができる施設として利用者様に寄り添った医療介護サービスに努めます。

3. 施設の概要

(1) 構造等

敷地		47989.13 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延べ面積	1541.98 m ²
	利用者定員	54名

(2) 主な設備

設備	室数	面積	
食堂・機能訓練室	2か所	5階 57.33 m ²	6階 60.65 m ²
レクリエーション・談話コーナー	2か所	5階 15.69 m ²	6階 15.69 m ²
浴室・機械浴室	1か所	20.31 m ²	
脱衣室	1か所	16.41 m ²	
洗濯室	2か所	5階 8.76 m ²	6階 8.76 m ²
HWC（多目的トイレ）	2か所	5階 2.58 m ²	6階 2.58 m ²

4. 施設の職員体制

従業者の職種	専従・専任	職員体制	常勤換算
管理者（施設長）	専従	1人（医師が兼務）	1.2人
医師	専任	2人	
薬剤師	専任	1人	0.4人
介護支援専門員	専従	1人	1人
看護職員	専従	14人	9人以上
介護職員	専従	17人	11人以上
理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士	専従	2人	1人以上
放射線技師	専任	1人	－
管理栄養士	専任	1人	1人以上
調理員	専任	1人	－
事務職員	専任	1人	1人以上

5. 職員の勤務内容

従業者の職種	勤務内容										
管理者（施設長）	施設長は職員を指揮監督し、施設業務全般を管理・監督する。										
医師	入所者様の病状及び心身の状況に応じて、医学的対応を行う。										
薬剤師	医師の診断に基づき、調剤及び医薬品の供給・管理を行う。										
介護支援専門員	入所者様の施設サービス計画の原案を立てるとともに、必要に応じて要介護認定及び認定更新の申請手続きを行う。 入所者様の処遇上の相談、市町村の連携等に関する業務に従事する。										
看護・介護職員	入所者様の病状・心身の状態に応じ、適切な看護・介護を行うとともに医師の指示により、入所者様の保健衛生に関する業務補佐に従事する。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">（看護職員）</td> <td style="text-align: center;">（介護職員）</td> </tr> <tr> <td>早出（7：15～16：00）</td> <td>早出（7：15～16：00）</td> </tr> <tr> <td>日勤（8：45～17：30）</td> <td>日勤（8：45～17：45）</td> </tr> <tr> <td>遅出（10：15～19：00）</td> <td>遅出（10：15～19：00）</td> </tr> <tr> <td>夜勤（16：45～翌朝9：00）</td> <td>夜勤（16：45～翌朝9：00）</td> </tr> </table>	（看護職員）	（介護職員）	早出（7：15～16：00）	早出（7：15～16：00）	日勤（8：45～17：30）	日勤（8：45～17：45）	遅出（10：15～19：00）	遅出（10：15～19：00）	夜勤（16：45～翌朝9：00）	夜勤（16：45～翌朝9：00）
（看護職員）	（介護職員）										
早出（7：15～16：00）	早出（7：15～16：00）										
日勤（8：45～17：30）	日勤（8：45～17：45）										
遅出（10：15～19：00）	遅出（10：15～19：00）										
夜勤（16：45～翌朝9：00）	夜勤（16：45～翌朝9：00）										
作業療法士及び言語聴覚士	入所者様の日常生活を営むのに必要な機能を改善し、またその減退を阻止するための訓練・指導を行う。										
管理栄養士	入所者様の栄養管理に従事する。										
放射線技師	併設した乙金病院にて従事する。										
調理員											
事務職員	施設の事務等に従事する。										

6. 施設サービスの内容

(1) 介護保険給付対象サービス

種類	内容
施設サービス計画の作成	当施設は、入所者様の直面している課題等を評価し、入所者様の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。その施設サービス計画に基づいて、安心して療養生活が続けられるよう支援します。
お薬	心身の状態に応じて薬剤を処方します。 (必要に応じて使用薬剤の説明をいたします。ご希望があれば、その都度説明します。)
食事	(食事時間) 朝食 8:00 ※食事は左記時間を標準としますが、個々の 昼食 12:00 状態により前後することがあります。 夕食 18:00
医療・看護	医師による医学的管理のもと24時間体制の看護を行います。 病状に応じ診察治療を実施しますが、当施設で行うことのできない検査・処置・治療が必要になった場合は、他の医療機関を紹介いたします。 入所中は原則として他の医療機関で治療を受けることができません。万一施設に無断で診療を受けた場合には医療保険が使えないので、全額自己負担になることがあります。
機能訓練	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士により入所者様の状況に適した機能訓練を行い、機能の低下を防止するよう努めます。
栄養管理及び栄養ケア	心身の状態の維持、改善の基礎となる栄養管理サービスを提供いたします。
口腔衛生管理及び口腔ケア	当施設担当医師及び歯科医師の指示・指導のもと誤嚥性肺炎や口腔疾患を予防し、口腔機能を維持するため、口腔清掃の指導、ケアを行います。
入浴	週2回以上。身体の状態に応じて清拭になる場合があります。 寝たきりで座位が取れない方は、機械浴で対応いたします。
排泄	心身の状況に応じて適切な排泄支援、介助を行うとともに、排泄の自立の可能性について検討いたします。
離床・着替え・整容等	出来る限り離床に配慮し、生活のリズムを考えて、適切な整容が行われるよう援助します。 シーツの交換は、定期では週1回実施します。その他、必要時に実施いたします。
相談及び援助	入所者様とその家族様からのご相談に応じます。

※ 入所者様とその家族からの求めに応じて介護サービスの提供記録の開示をいたします。コピーが必要な方はお申し出下さい。

7. ご利用料金

種類	内容																					
食費	<p style="text-align: right;">基準額 1,533 円/日</p> <p>※ただし、次に該当する方は減額の対象になります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者負担第 1 段階の方 300 円/日 ・利用者負担第 2 段階の方 390 円/日 ・利用者負担第 3 段階①の方 650 円/日 ・利用者負担第 3 段階②の方 1,360 円/日 																					
居住費	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">個室</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">多床室</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">基準額</td> <td style="text-align: center;">1,800 円/日</td> <td style="text-align: center;">480 円/日</td> </tr> <tr> <td colspan="3">※ただし、次に該当する方は減額の対象になります。</td> </tr> <tr> <td>・利用者負担第 1 段階の方</td> <td style="text-align: center;">550 円/日</td> <td style="text-align: center;">0 円/日</td> </tr> <tr> <td>・利用者負担第 2 段階の方</td> <td style="text-align: center;">550 円/日</td> <td style="text-align: center;">430 円/日</td> </tr> <tr> <td>・利用者負担第 3 段階①の方</td> <td style="text-align: center;">1,370 円/日</td> <td style="text-align: center;">430 円/日</td> </tr> <tr> <td>・利用者負担第 3 段階②の方</td> <td style="text-align: center;">1,370 円/日</td> <td style="text-align: center;">430 円/日</td> </tr> </tbody> </table>		個室	多床室	基準額	1,800 円/日	480 円/日	※ただし、次に該当する方は減額の対象になります。			・利用者負担第 1 段階の方	550 円/日	0 円/日	・利用者負担第 2 段階の方	550 円/日	430 円/日	・利用者負担第 3 段階①の方	1,370 円/日	430 円/日	・利用者負担第 3 段階②の方	1,370 円/日	430 円/日
	個室	多床室																				
基準額	1,800 円/日	480 円/日																				
※ただし、次に該当する方は減額の対象になります。																						
・利用者負担第 1 段階の方	550 円/日	0 円/日																				
・利用者負担第 2 段階の方	550 円/日	430 円/日																				
・利用者負担第 3 段階①の方	1,370 円/日	430 円/日																				
・利用者負担第 3 段階②の方	1,370 円/日	430 円/日																				

利用料金一覧表（介護保険の給付対象とならないサービス）

項目	内容	単位	料金	備考
特別な室料	個室	1日	1,296円	消費税別
電気代	テレビ	1日	60円	
	電気髭剃り器	1日	20円	
	ラジオ	1日	30円	
	電気毛布・アンカ	1日	50円	
	加湿器	1日	30円	
複写物		1枚	10円	
日常生活費	シャンプー ボディシャンプー	1回	70円	
	歯ブラシ・舌ブラシ	1本	300円	月1回の交換
	歯磨き粉	1本	300円	月1回の交換
	義歯洗浄剤	1日	20円	
	洗口液	1日	20円	
	歯科用スポンジ	1日	50円	
	ガーゼ	1日	50円	
	おしぼり	1日	50円	
預り金管理料	小遣い管理等	1日	10円	希望者のみ
写真代	焼増し（普通サイズ）	1枚	50円	
電話代			実費	
切手代類			実費	
教養娯楽費	材料費等	1日	50円	利用者のみ
	音楽療法参加費	1回	300円	月2回程度
	その他		実費	嗜好目的のみ
衣類等リース料金		1月	11,000円～	
領収書の再発行代		1枚	110円	
追加リース洗濯料金		1枚	110円	
施設洗濯乾燥代		1回	100円	
その他 （嗜好品等）			実費	
理美容	カット	1回	1,500円	
	丸刈りカット	1回	1,200円	
	ベッドカット	1回	1,800円	
	お顔そり	1回	700円	
行政手続き	代行申請業務費	1回	1,100円	介護保険更新手続き 除く

〈サービス利用料金（1日あたり）〉

下記の料金によって、ご入所者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払ください。（サービスの利用料金は、ご入所者の要介護度、ご利用される居室に応じて異なります。）

◎従来型個室

(1日あたり)

1. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (1割負担の方)	要介護度 1 712 円	要介護度 2 825 円	要介護度 3 1, 067 円	要介護度 4 1, 168 円	要介護度 5 1, 261 円
2. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (2割負担の方)	要介護度 1 1, 425 円	要介護度 2 1, 651 円	要介護度 3 2, 134 円	要介護度 4 2, 337 円	要介護度 5 2, 522 円
3. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (3割負担の方)	要介護度 1 2, 138 円	要介護度 2 2, 477 円	要介護度 3 3, 201 円	要介護度 4 3, 506 円	要介護度 5 3, 783 円

◎多床室

(1日あたり)

1. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (1割負担の方)	要介護度 1 826 円	要介護度 2 938 円	要介護度 3 1, 178 円	要介護度 4 1, 281 円	要介護度 5 1, 374 円
2. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (2割負担の方)	要介護度 1 1, 653 円	要介護度 2 1, 877 円	要介護度 3 2, 357 円	要介護度 4 2, 563 円	要介護度 5 2, 748 円
3. ご入所者の要介護度とサービス利用料 (3割負担の方)	要介護度 1 2, 480 円	要介護度 2 2, 816 円	要介護度 3 3, 536 円	要介護度 4 3, 845 円	要介護度 5 4, 122 円

➤ その他のサービス利用料金

項 目	内 容	1割負担	2割負担	3割負担
初期加算 単位：日	入所日から 30 日以内	30 円	61 円	92 円
夜間勤務等看護加算 (Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)(Ⅳ) 単位：日	夜勤時間帯に一定の看護及び介護職員を配置した場合	(Ⅰ)：23 円 (Ⅱ)：14 円 (Ⅲ)：14 円 (Ⅳ)：7 円	(Ⅰ)：47 円 (Ⅱ)：28 円 (Ⅲ)：28 円 (Ⅳ)：14 円	(Ⅰ)：70 円 (Ⅱ)：43 円 (Ⅲ)：43 円 (Ⅳ)：21 円
再入所時栄養連携加算 (再入所時 1 回を限度) 単位：回	医療機関へ入院後、退院の際に医療機関と連携して栄養管理に係る調整をした場合	205 円	410 円	616 円
退所時情報提供加算 (退所後 1 回を限度) 単位：回	退所後の主治医に対し、診療状況を示す文書による紹介を行った場合	513 円	1,027 円	1,540 円
栄養マネジメント 強化加算 単位：日	管理栄養士を配置し低栄養状態のリスクのある利用者の栄養ケア計画を作成、食事の観察を週 3 回以上行う場合 入所者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出した場合	11 円	22 円	33 円

経口移行加算 単位：日	経管により食事を摂取されている方に対し、医師の指示に基づいて栄養管理を行い、経口摂取をすすめた場合	28 円	57 円	86 円
経口維持加算 (Ⅰ) (Ⅱ) 単位：月	誤嚥などが認められる方に対し、特別な管理を行った場合	(Ⅰ) : 410 円 (Ⅱ) : 102 円	(Ⅰ) : 821 円 (Ⅱ) : 205 円	(Ⅰ) : 1,232 円 (Ⅱ) : 308 円
口腔衛生管理加算 (Ⅱ) 単位：月	歯科衛生士が介護職員に対し口腔衛生に係る助言・指導を年2回以上行った場合 口腔衛生等の情報を厚生労働省に提出した場合	112 円	225 円	338 円
療養食加算 単位：回 (1日3回を限度)	医師の指示箋に基づき、糖尿食・減塩食・肝臓病食などの疾病にあった療養食を提供した場合	6 円	12 円	18 円
緊急時治療管理 (1ヶ月に1回 連続する3日間) 単位：日	入所者の病状が重篤になり救命救急医療が必要となった場合、緊急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行った場合	531 円	1,063 円	1,595 円
排泄支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) 単位：月	排泄障害等ある入所者に改善を図る支援計画を定期的に作成・見直し改善された場合評価・結果を厚生労働省に提出した場合	(Ⅰ) : 10 円 (Ⅱ) : 15 円 (Ⅲ) : 20 円	(Ⅰ) 20 円 (Ⅱ) 30 円 (Ⅲ) 41 円	(Ⅰ) 30 円 (Ⅱ) 46 円 (Ⅲ) 61 円
自立支援促進加算 単位：月	医師が入所時に医学的評価を行い、3ヶ月に1回見直しを行い入所者の状態情報を厚生労働省に提出した場合	287 円	575 円	862 円
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ) 単位：月	入所者ごと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、3ヶ月に1回見直しを行う	61 円	123 円	184 円
安全対策体制加算 (入所時1回を限度) 単位：回	研修を受けた担当者が安全対策部門を設置し体制が整備されている場合	20 円	41 円	61 円
協力医療機関連携加算 単位：月	相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保して協力医療機関と連携している場合	102 円	205 円	308 円
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 単位：月	感染症法第6条第17項に規定する第2種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること	10 円	20 円	30 円
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	診療報酬における感染対策向上加算に係わる届出を行った医療機関か	5 円	10 円	15 円

単位：月	ら、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わる実施指導を受けていること			
新興感染症等施設療養費 単位：日 (1月に1回、連続5日を限度)	入所者等が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場合	246円	492円	739円
認知症チームケア推進加算 (Ⅰ) 単位：月	認知症介護に係わる専門的な研修及び認知症の行動・心理症状の予防等に役立つケアプログラムを含んだ研修を終了したものを1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなるチームを組んでいること	154円	308円	462円
認知症チームケア推進加算 (Ⅱ) 単位：月	認知症介護に関する専門的な研修を終了したものを1名以上配置し、かつ、複数人の介護職員からなるチームを組んでいること	123円	246円	369円
サービス提供体制加算 単位：日	法令上定められた「介護福祉士」資格を持つ介護職員や常勤職員を一定の割合以上配置している場合	(Ⅰ)：22円 (Ⅱ)：18円 (Ⅲ)：6円	(Ⅰ)：45円 (Ⅱ)：36円 (Ⅲ)：12円	(Ⅰ)：67円 (Ⅱ)：55円 (Ⅲ)：18円
生産性向上策新体制加算 (Ⅰ) 単位：月	(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組みによる成果が確認されていること	102円	205円	308円
生産性向上策新体制加算 (Ⅱ) 単位：月	利用者の安全ならびに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減び導く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ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること	10円	20円	30円
退所時栄養情報連携加算 単位：回 1月に1回を限度	管理栄養士が退所先の医療機関等に対して、当該者の栄養管理に関する情報を提供すること	71円	143円	215円
介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) 単位：月	介護職員等の人件費等を一部負担し、適切なサービスを受けるための費用	1月の所定単位数＋各種加算×0.051		

➤ 特別療養費

項目	内容	1 割負担	2 割負担	3 割負担
感染対策指導管理 単位：日	感染対策委員会を設置し、施設全体で感染対策を行う場合	6 円	12 円	18 円
褥瘡対策指導管理 (Ⅰ)(Ⅱ) 単位：日	褥瘡対策委員会を設置し、施設全体で褥瘡対策を行い、日常の自立度が B 以上の場合	(Ⅰ)：6 円 (Ⅱ)：10 円	(Ⅰ)：12 円 (Ⅱ)：20 円	(Ⅰ)：18 円 (Ⅱ)：30 円
初期入所診療管理 単位：回	診療計画を策定し、本人又は家族へ説明を行った場合入所中に 1 回(診療方針に重要な変更があった場合は 2 回)	256 円	513 円	770 円
薬剤管理指導 単位：回 (週 1 回限り月 4 回まで)	入所者に対し投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合	359 円	718 円	1,078 円
薬剤管理指導情報活用加算 単位：月	服薬情報等の情報を厚生労働省に提出しフィードバックを受け処方にあたって適切かつ有効な実施の場合	20 円	41 円	61 円
医学情報提供 (Ⅰ)(Ⅱ) 単位：月	退所時に診療所に対して入所者の診療情報を提供する場合	(Ⅰ)：225 円 (Ⅱ)：297 円	(Ⅰ)：451 円 (Ⅱ)：595 円	(Ⅰ) 677 円 (Ⅱ) 893 円
理学療法 単位：回 (1 日 3 回まで)	入所者と理学療法士が 1 対 1 で 20 分以上訓練した場合	126 円	252 円	378 円
理学療法リハビリ 体制強化加算 単位：回	専従する常勤の理学療法士を 2 名以上配置した場合	35 円	71 円	107 円
理学療法士 (減算) 単位：回	入所から 4 月を超えて、1 月に 11 回以上行った場合	88 円	176 円	264 円
理学療法情報活用加算 単位：月	リハビリテーション実施計画の内容等を厚生労働省へ提出しフィードバックを受けた場合	33 円	67 円	101 円
作業療法 単位：回 (1 日 3 回まで)	入所者と作業療法士が 1 対 1 で 20 分以上訓練した場合	126 円	252 円	378 円
作業療法リハビリ 体制強化加算 単位：回	専従する常勤の作業療法士を 2 名以上配置した場合	35 円	71 円	107 円
作業療法士 (減算) 単位：回	入所から 4 月を超えて、1 月に 11 回以上行った場合	88 円	176 円	264 円
作業療法情報活用加算 単位：月	リハビリテーション実施計画の内容等を厚生労働省へ提出しフィードバックを受けた場合	33 円	67 円	101 円
言語聴覚療法 単位：回 (1 日 3 回まで) 理学・作業療法併せて 1 日 4 回まで	入所者と言語療法士が 1 対 1 で 20 分以上訓練した場合	208 円	416 円	625 円

言語聴覚療法（減算） 単位：回	入所から4月を超えて、1月に11回以上行った場合	145円	291円	437円
言語聴覚療法リハビリ 体制強化加算 単位：回	専従する常勤の言語聴覚士を2名以上配置した場合	35円	71円	107円
言語聴覚療法情報活用加算 単位：月	リハビリテーション実施計画の内容等を厚生労働省へ提出しフィードバックを受けた場合	33円	67円	101円
短期集中リハビリ テーション 単位：日	入所日より3月以内、集中的に理学療法・作業療法・言語聴覚療法又は摂食機能療法を行った場合	246円	492円	739円
認知症短期集中 リハビリテーション 単位：日 週に3日を限度	認知症であると医師が判断した者で3月以内、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した場合	246円	492円	739円
集団コミュニケーション 療法 単位：回	入所者に20分以上集団コミュニケーション療法を行った場合 1人につき1日3回に限る	51円	102円	154円
摂食機能療法 単位：回 月に4回を限度	摂食機能障害を有する入所者に対し、30分以上訓練指導を行った場合	213円	427円	640円
精神科作業療法 単位：日	社会生活機能の回復を目的として1日に2時間以上訓練を行った場合	225円	451円	677円
認知症入所精神療法 単位：週	精神科医師の診療の基、治療計画を作成し定期的にその評価を行い計画的に訓練を行った場合	338円	677円	1,016円

上記費用は、地域区分を含む（1,027円を乗じた）金額を記載しております。

※ 地域区分・・・合計単位数に対して上乗せが発生します。大野城市は6級地に該当。

☆ ご入所者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、手続きの際に領収書が必要となりますので、大切に保管してください。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご入所者の負担額を変更します。

☆ 医療費控除について

領収書は確定申告の際に必要となりますので、大切に保管してください。

※ 領収書の再発行は有料となります。

◎ 介護保険の給付対象とならないサービス

別紙「利用料金一覧表」のサービスは、利用料金の全額（実費）がご入所者の負担となります。

★経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

★「居住費」「食費」については、世帯全員が市町村民税非課税である方や生活保護を受けられておられる方の場合は、負担が軽減される制度があります。

◎「入所契約書」第 18 条に定める所定の料金

ご入所者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合等に、本来の契約終了日から実際に居室が明けられた日までの期間に係る料金

★従来型個室

ご入所者の要介護度 料金（1 日につき）	要介護度 1 6,940 円	要介護 2 8,040 円	要介護 3 10,390 円	要介護 4 11,380 円	要介護 5 12,280 円
-------------------------	-------------------	------------------	-------------------	-------------------	-------------------

★多床室

ご入所者の要介護度 料金（1 日につき）	要介護 1 8,050 円	要介護 2 9,140 円	要介護 3 11,480 円	要介護 4 12,480 円	要介護 5 13,380 円
-------------------------	------------------	------------------	-------------------	-------------------	-------------------

※上記料金の他「居住費」をいただきます。

※ご入所者が、要介護認定で自立又は要支援と判定された場合は別途協議します。

8. 利用料金のお支払方法（「入所契約書」第 10 条参考）

利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、翌月 14 日までに請求書発行致します。請求書発行月の 27 日に口座引き落にてお支払いとなります。（27 日が日・祝日の場合は翌日となります。又、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

9. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関・歯科機関にご協力いただいております。

(1) 協力医療機関

乙金病院

大野城市乙金東 4 丁目 12 番 1 号

かきの脳神経外科・内科クリニック

福岡市博多区麦野 6 丁目 22 番 1 号

(2) 協力歯科機関（口腔ケアの指導、歯科医の往診があります）

御笠川デンタルクリニックヒカリ医院

大野城市御笠川 2 丁目 15-2

10. 施設を退所していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご入所者に退所していただくこととなります。

- | |
|--|
| (1) 要介護認定によりご入所者の心身の状況が自立又は要支援と判断された場合。 |
| (2) 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合。 |
| (3) 施設の滅失や重大な毀損により、ご入所者に対するサービス提供が不可能になった場合。 |
| (4) 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合。 |
| (5) ご入所者、契約者から退所の申し出があった場合。（詳細は以下をご参照ください。） |
| (6) 事業者から退所の申し出を行った場合。（詳細は以下をご参照ください。） |

(1) ご入所者・ご契約者からの退所の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期限であっても、ご入所者から当施設へ退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する7日前までに「退所願」をご提出ください。

ただし、以下の場合には即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- (1) 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合。
- (2) ご入所者が入院された場合。
- (3) 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく入所契約に定める介護医療院サービスを実施しない場合。
- (4) 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合。
- (5) 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご入所者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
- (6) 他の利用者がご入所者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合。

(2) 施設からの申し出により退所していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退所していただくことがあります。

- (1) ご入所者やご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合。
- (2) ご入所者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者若しくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい事情を生じさせた場合。
- (3) 当施設において定期的実施されるサービス担当会議において、退所して居宅にて生活ができると判断された場合。
- (4) ご契約者が本契約に定める利用料金を3か月以上滞納し、その支払いを督促したにもかかわらず10日以内に支払われない場合。
- (5) ご入所者の症状・心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護医療院サービスの提供を超えると判断された場合。
- (6) ご入所者が病院に入院若しくは他の介護保険施設に入所された場合。

11. 苦情の受付について

当施設での苦情の受付

当施設における苦情やご相談については、ご遠慮なくスタッフにお申し付け下さい。

苦情解決責任者	鍋島 一志（施設長）	（連絡先：092-503-7070）
苦情受付担当者	宮川 幸子（介護支援専門員）	（連絡先：092-503-7070）
第三者委員	八久保 とも子	（連絡先：092-580-1916）
	藤本 多加	（連絡先：092-580-1916）

- ① 苦情・面接・電話・書面（施設内に苦情意見箱を設置しています。）などにより苦情受付担当者が随時受付けます。また第三者に直接苦情を申し出ることもできます。
- ② 苦情受付担当者が受付けた苦情を苦情解決責任者に報告いたします。

- ③ 苦情解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際苦情申出人は、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。

12. 行政機関その他苦情受付機関

当施設で解決できない苦情は、福岡県社会福祉協議会（連絡先を記載）に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

大野城市役所 すこやか長寿課 長寿支援係	所在地 大野城市曙町 2 丁目 2-1 電話番号 (092) 580-1859 FAX 番号 (092) 572-8432
春日市役所 高齢課 介護保険担当	所在地 春日市原町 3 丁目 1-5 電話番号 (092) 584-1122 FAX 番号 (092) 584-3090
太宰府市役所 高齢者支援課	所在地 太宰府市観世音寺 1 丁目 1-1 電話番号 (092) 929-3210 FAX 番号 (092) 929-3211
筑紫野市役所 高齢者支援課	所在地 筑紫野市石崎 1 丁目 1-1 電話番号 (092) 923-1111 FAX 番号 (092) 920-1786
那珂川市役所 高齢者支援課	所在地 那珂川市西隈 1 丁目 1-1 電話番号 (092) 953-2211 FAX 番号 (092) 953-2312
宇美町役場 健康福祉課 健康長寿係	所在地 宇美町宇美 5 丁目 1-1 電話番号 (092) 934-2243 FAX 番号 (092) 933-7512
志免町役場 福祉課 高齢者サービス係	所在地 志免町志免中央 1 丁目 1-1 電話番号 (092) 935-1001 FAX 番号 (092) 935-9459
須恵町役場 福祉課 高齢者福祉係	所在地 須恵町大字須恵 771 番地 電話番号 (092) 932-1151 FAX 番号 (092) 933-6579
福岡市南区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市南区塩原 3 丁目 25-1 電話番号 (092) 559-5127 FAX 番号 (092) 512-8811
福岡市博多区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市博多区博多駅前 2 丁目 9-3 電話番号 (092) 419-1078 FAX 番号 (092) 441-1455
国民健康保険団体連合会 介護サービス相談窓口	所在地 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 電話番号 (092) 642-7800 FAX 番号 (092) 642-7852
福岡県社会福祉協議会 福岡県運営適正化委員会	所在地 春日市原町 3 丁目 1-7 クローバープラザ 4F 電話番号 (092) 584-3377 FAX 番号 (092) 584-3369

13. サービスの質の確保

(1) 事故発生の防止及び発生時の対応

- ①当施設は、事故発生の防止の指針を設けております。
- ②当施設は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じています。
- ③当施設は、事故発生の防止のための委員会を設置し、また、職員に対する研修を定期的に行っています。
- ④当施設は、賠償すべき事態となった場合には、ご入所者又はご家族に生じた損害について、賠償するものとします。

(2) 身体拘束等の対応

- ① 当施設は、原則としてご入所者に対し身体拘束を行いません。
- ② 当施設は、ご入所者が自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、身体的拘束その他ご入所者の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、ご入所者の様態及び時間、その際のご入所者の心身状況、緊急やむを得ない理由を記録します。
- ③ 当施設は、ご入所者に対し身体拘束その他ご入所者の行動を制限する際は、事前又は事後に速やかにご入所者、ご家族に対し行動制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。また定期的に医師、看護、介護等の職員によるカンファレンスを行い、必要最低限の期間で身体的拘束等が解除されるよう努めます。

(3) 褥瘡予防の対応

- ①当施設は、褥瘡の発生防止のための指針を設けております。
- ②当施設は、褥瘡の発生リスクが高いご入所者に対し、褥瘡予防のための計画を作成し、身体状況等に応じたサービスの提供を行います。
- ③当施設は、褥瘡予防のための委員会を設置し、また、職員に対する研修を定期的に行っています。

(4) 衛生管理等の対応

当施設は、施設内の衛生管理に努めるとともに、感染症の発生又はまん延の防止に努めています。

- ①当施設は、食中毒及び感染症の発生が認められる場合には、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村等の関係機関との連携、医療措置等の必要な措置を行います。
- ②当施設は、食中毒及び感染症が発生した際には、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対応を講じます。

(5) 人権擁護・高齢者虐待の防止

当施設は、入所者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	施設長 鍋島 一志
-------------	-----------

- ②成年後見人制度の利用を支援します。

- ③職員が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整える他、職員が入所者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
 - ④虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
 - ⑤虐待防止のための指針の整備をしています。
 - ⑥職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
 - ⑦サービス提供中に、当該施設従事者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる入所者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。
- (6) 業務継続計画（BCP）の策定等について
- ①感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護医療院サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
 - ②職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
 - ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. 個人情報の取り扱いについて

当施設は、保有するご入所者等の個人情報に関し、適性かつ適切な取り扱いに努めています。また広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報の保護を行います。

（別添「個人情報の保護に関するお知らせ」参照）

15. 施設の利用にあたっての留意事項

ご入所者は、指定介護医療院サービスの提供を受ける際に、次の事項について留意してください。

- (1) 外出・外泊について
原則としてご家族の同伴及び医師の許可が必要です。事前に「外出・外泊許可願」をご提出ください。（ご家族の印鑑が必要です）
- (2) 他科受診について
他医療機関へ受診の際には、医師の許可及び当施設からの書類が必要となります。やむを得ず緊急を要し、他医療機関へ受診された場合は後日、必ず当施設へご一報下さい。
入所中、他科受診が必要になった場合の付き添いは、ご家族にお願い致します。
- (3) 喫煙について
施設内、敷地内は禁煙となっております。
- (4) 危険物について
事故防止の為、薬品類・刃物類・針・ガラス製品・ライター等の火気類・アルコール類・貴重品の持ち込みはお断りいたします。
- (5) 禁止行為について
 - ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）・精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）・セクシャルハラス

メント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）等は慎んでください。

② その他管理者が定めたことをお守りください。

(6) 介護サービス契約の終了

職員の心身に危害が生じ、又は生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生又は再発生を防止することが著しく困難である等により、利用者に対して介護サービスを提供することが著しく困難になったときは事業者から介護サービス契約を終了するものとします。その際、事業者は居宅介護支援事業所又は保険者である市町村と連絡を取り、利用者の心身の状況その他の状況に応じて、適当な他の事業者等の紹介その他の必要な措置を講じるものとします。

(7) ご家族の役割について

入所後のご家族へ施設より下記のことをお願いします。

- ・施設からの連絡先の確保（緊急でご連絡する場合がありますので、必ず連絡が取れる状態にしてください）。
- ・住所、電話番号、保険証等に変更がございましたら、事務室までご連絡ください。
- ・契約者、保証人の変更が生じた場合は、契約内容の確認が必要となりますので速やかにご連絡ください。

(8) その他管理者が定めたことをお守りください。

16. 非常災害対策

当施設は、非常災害（火災、風水害、地震等）に関する具体的な対策計画を作成し、防火管理者又は火気・消防等についての責任者を定めるとともに、非常災害に備える為、総合訓練を年2回、行います。

17. その他禁止事項

- ・飲酒。
- ・施設の秩序、風紀を乱し、安全管理を害する。
- ・故意に施設や施設の備品などを壊したり、持ち出すこと。
- ・営利目的の行為。
- ・宗教の勧誘。
- ・特定の政治活動。
- ・施設内の喫煙（電子煙草）

おとがね介護医療院 重要事項同意書 情報提供についての承諾書

1. 私は、おとがね介護医療院を利用するに際して、
「重要事項説明書」「入所のしおり」の交付ならびに必要な説明を受け指定介護医療院サービスの提供開始の契約に同意します。
2. 入所中におけるサービス担当者会議において、本人及びその家族の個人情報を提供することを承諾します。
又、在宅サービスや他施設への移行の際、介護保険指定介護施設及び居宅介護支援事業者により介護に伴う情報を求められた際、貴施設より情報提供を行うことを承諾します。

3. 個人情報の取り扱いに関する同意について

- 他の事業所等への情報提供を伴う利用目的については、以下の項目に○印がついている場合、情報を提供する前に必ず私の同意を得てください。

① 広報活動における写真・名前等の掲示・掲載

② その他（項目についてご記入下さい。）

-

- 以下の内容に関する利用・提供について同意しません。

医療法人 同仁会 おとがね介護医療院
施設長 殿

令和 年 月 日

利用者名 _____ 印

契約者名 _____ (続柄 _____) 印

保証人名 _____ (続柄 _____) 印