

介護老人保健施設親和園施設入所利用重要事項説明書

(令和7年2月1日現在)

介護保健施設入所サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令40号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）の概要

- ・法人名 医療法人社団 親和会
- ・法人所在地 大分県大分市大字上判田3433番地
- ・電話番号 097(597)0093
- ・FAX番号 097(597)6231
- ・代表者氏名 理事長 衛藤 龍
- ・法人の沿革・特色
1968年10月1日に法人設立。地域の医療・介護・福祉・保健のネットワーク作りを念頭に、地域医療・地域福祉を展開している。
- ・法人が所有する施設・事業所の種類
衛藤病院 えとう内科病院 介護老人保健施設親和園
グループホームふかまち・くりやた・しもばるⅠ・Ⅱ・Ⅲ
はんだ介護保険支援センター はんだヘルパーステーション
住宅型有料老人ホーム和らぎの里 グループホーム庄屋の里
判田訪問看護ステーションきらら

2. 事業所（ご利用施設）の概要

- ・施設名 介護老人保健施設 親和園
- ・開設年月日 平成元年6月1日
- ・所在地 大分県大分市中判田1428番地の1
- ・電話番号 097(597)3635
- ・FAX番号 097(597)3634
- ・管理者名 管理者 宮 茂
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(4450180007)

3. 介護老人保健施設の目的と運営方針

(1) 施設の目的

介護老人保健施設は、看護・医学的管理下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることが出来るように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるように、(介護予防)短期入所療養介護を提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って当施設では以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

(2) 運営方針

老人の心身の機能改善や日常生活の質を向上してもらう為の個別処遇を基本とし、リハビリテーション、日常生活動作訓練、看護・介護サービス、医療サービス、日常生活サービス（教養娯楽のための催し等）等を提供し、明るく家庭的な雰囲気や地域や家族との結びつきを重視した運営を行います。

3. 施設の概要

(1) 構造等

敷地		12,229.18 m ²
建物	構造	鉄筋コンクリート造3階建
	述べ床面積	3,485.54 m ²
	利用定員	一般療養棟（5階） 50名 専門療養棟（7階） 45名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	1人あたりの面積
1人部屋	5	15.72 m ²	15.72 m ²
2人部屋	9	16.08 m ²	8.04 m ²
4人部屋	18	32.06 m ²	8.02 m ²

(3) 主な設備

設備の種類	数	面積	備考
診察室	2	25.99 m ²	
機能訓練室	1	126.28 m ²	
談話室	2	87.97 m ²	
食堂	2	278.70 m ²	
浴室	2	94.93 m ²	特殊浴槽2台
洗面所	2	10.06 m ²	
便所	5階3箇所	40.09 m ²	ブザーを設置
	6階1箇所	17.95 m ²	
	7階2箇所	33.99 m ²	

(4) 施設の職員体制

	職員体制	業 務 内 容
管理者	1名	従業員の総括管理、指導を行う
医師	1名	保険請求及び医療に必要な諸処置を行う
薬剤師	1名以上	薬剤に関する業務
看護職員	10名以上	利用者の健康管理や看護業務
介護職員	22名以上	日常生活における身の回りの援助や介護などの業務
支援相談員	1名以上	生活指導や入退所に伴う手続き等の業務
理学療法士等	1名以上	リハビリに関する業務
管理栄養士	1名以上	献立の作成や嗜好調査に関する業務
介護支援専門員	1名以上	介護保険に関する業務
調理員	適当数	献立に基づく調理業務
事務職員	適当数	庶務、経理、利用料、介護報酬等の請求業務

4. サービス内容

(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おとりいただきます。）

- ・朝 食 7時30分
- ・昼 食 11時30分
- ・夕 食 17時30分

(3) 入浴（一般浴槽のほか、特別な介助を要する利用者には特殊浴槽で対応します。入所利用者は週に最低2回ご利用いただきます。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。）

(4) 医学的管理・看護

(5) 介護（退所時の支援も行います。）

(6) 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) 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

(9) 理美容サービス

(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。

5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には速やかに対応をお願いするようにしています。

・協力医療機関

名称 大分市医師会立アルメイダ病院
住所 大分市大字宮崎1315

名称 明野中央病院
住所 大分市明野東2丁目7-33

名称 天心堂へつぎ病院
住所 大分市中戸次二本木5956

名称 河野脳神経外科病院
住所 大分市森町250-7

・協力歯科医療機関

名称 アルプス歯科
住所 大分市中戸次1448

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡をします。

6. 施設利用にあたっての留意事項

- ・面会は、面会票の記載及び面会時間の遵守をお願い致します。
- ・消灯時間は、午後9時とします。
- ・外出・外泊時は、必ず行き先、帰園時間、その他を所定の用紙に記入し提出をお願い致します。
- ・飲酒・喫煙は禁止します。
- ・火気の取扱いには、特に注意をお願い致します。
- ・設備・備品の利用については、故意に破損したり、許可なく施設外に持ち出さないようお願い致します。
- ・一万円以上の金銭、通帳・印鑑等の貴重品は紛失の恐れがある為、原則持ち込まないようお願い致します。
- ・本人、家族希望にて持ち込んだ貴重品等が紛失・破損した場合は、責任を負いかねますのでご了承ください。
- ・外泊時等の施設外での受診は、医師の紹介状が必要となるので、事前に届けるようお願い致します。
- ・ペットの持ち込みは、禁止します。
- ・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。
- ・他利用者への迷惑行為は禁止します。

7. 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・避難器具等
- ・防災訓練 年2回以上

8. 要望や苦情及び虐待防止に関する相談

- (1) 当施設には支援相談の専門職として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。(電話 097-597-3635)
- (2) 要望や苦情及び虐待防止に関する事など、支援相談担当者にお寄せ頂ければ、速やかに対応いたしますが、施設に備え付けられた「ご意見箱」をご利用頂き、管理者に直接お申し出いただく事もできます。

9. 事故発生時の対応

- (1) サービスの提供時により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
- (3) 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は身元引受人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

10. 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。

11. 介護保険証の確認

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

12. 介護保健施設サービス

当施設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生活でき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、利用者・身元引受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のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・看護職員が常勤しておりますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

※当施設の医師で対応できる医療につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが当施設で対応できない処置や手術、または著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

◇介護

施設サービス計画に基づいて実施します。

◇リハビリテーション

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内での全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

立場に立って運営しています。

◇栄養管理

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します。

1.3. 利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料（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。以下は自己負担1割の場合の金額です。自己負担2割の方は2倍、3割の方は3倍の自己負担額となります。）

【多床室（2人部屋を含みます）】

要介護1	871円/日
要介護2	947円/日
要介護3	1,014円/日
要介護4	1,072円/日
要介護5	1,125円/日

【個室】

要介護1	788円/日
要介護2	863円/日
要介護3	928円/日
要介護4	985円/日
要介護5	1,040円/日

※個室利用者のうち、以下の対象となる方は多床室の料金となります。

- i 感染症等により、個室での療養が必要と医師が判断した人。(30日以内に限る。)
- ii 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室での療養が必要と医師が判断した人。

② 夜勤職員配置加算

夜勤における看護・介護職員の手厚い配置の体制として 24円/日

③ (認知症) 短期集中リハビリテーション実施加算

- ・入所後3ヶ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

I 入所時及び1ヶ月に1回以上ADL等の評価を行った場合

258円/回

II それ以外の場合

200円/回

- ・認知症の方に入所後3ヶ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
(1週間に3回を限度)

I 入所者が退所後生活する居宅又は社会福祉施設等を訪問し、訪問により把握した生活環境を踏まえたリハビリテーション計画を作成した場合

240円/回

II それ以外の場合

120円/回

④ 認知症ケア加算

認知症専門棟入所の場合

76円/日

⑤ 若年性認知症入所者受入加算

65歳未満の若年性認知症の方が入所した場合

120円/日

⑥ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算II

厚生労働大臣が定める基準により、在宅復帰における評価指標として算出される数が評価における区分の要件を満たしている場合 51円/日

⑦ 外泊時費用

- ・外泊した場合（1ヶ月に6日を限度） 362円/日
- ・外泊時に施設が在宅サービスを提供した場合（1ヶ月に6日を限度） 800円/日

⑧ ターミナルケア加算

当園にて看取り介護を行った場合

- ・お亡くなりになられた日の45日前から31日前まで 72円/日
- ・お亡くなりになられた日の30日前から4日前まで 160円/日
- ・お亡くなりになられた日の前々日、前日 910円/日
- ・お亡くなりになられた当日 1,900円/日

⑨ 初期加算

I 急性期の医療機関からの入所において条件を満たす場合

60円/日

II 入所後30日間(I以外)

30円/日

⑩ 入所前後訪問指導加算

入所前もしくは入所後1週間以内に利用者の自宅等訪問し、退所を目的とした指導を行った場合

- I 施設サービス計画の策定及び診療方針の決定 450円/回
- II 施設サービス計画の策定及び診療方針の決定に加え、生活機能の改善目標及び退所後も含めた切れ目ない支援計画を作成 480円/回

⑪ 退所時等支援等加算

- ・入所予定30日前、入所後30日後以内に、退所後に利用を希望する居宅介護支援事業所に情報提供をした場合 600円/回
- ・退所後に利用を希望する居宅介護支援事業所に情報提供した場合 400円/回
- ・試行的に退所する場合に、入所者及び家族に対し退所後の療養上の指導を行った場合 400円/回
- ・退所時、退所後の主治医に診療状況を提供した場合 500円/回
- ・退所時、退所後の医療機関に対して診療状況を提供した場合 250円/回
- ・退所時、居宅介護支援事業者へ情報提供をした場合 400円/回
- ・指定訪問看護が必要であると認めた時に指示書を作成した場合 300円/回

⑫ 栄養管理に関して

栄養マネジメント強化加算

低栄養リスクが高い入所者に対し、多職種共同による個別の栄養ケア計画を作成し

継続的な栄養管理を強化して実施した場合	11円/日
再入所時栄養連携加算	
厚生労働大臣が定める特別食を必要とする利用者が病院等へ入院し、退院後に再度当施設へ入所した際に過去に入所していた当時に必要としていた栄養管理とは大きく異なるため、病院等の管理栄養士と共に栄養ケア計画を策定した場合（1回限り）	200円/回
経口移行加算	
口以外からの栄養摂取者を、口からの栄養摂取に移行する為、医師の指示に基づく栄養管理をした場合（180日を限度）	28円/日
経口維持加算	
I 多職種が共同して食事の観察及び会議を行い、継続的な食事の摂取のための特別な管理を行った場合	400円/月
II 上記に歯科医師や歯科衛生士が加わった場合	100円/月
療養食加算	
医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する療養食を提供された場合	6円/食
⑬ 歯科医師等の助言、口腔ケアの実施を行った場合	
口腔衛生管理加算	
I 歯科衛生士が口腔ケアを行った場合	90円/月
II 上記に加え、口腔衛生の管理に係る計画内容等の情報を厚生労働省に提出し、実施のために必要な情報を活用している場合	110円/月
⑭ かかりつけ医連携薬剤調整加算（1回限り）	
I イ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されており、かかりつけ医に、入所後1ヵ月以内に状況に応じ処方の変更の可能性があることに同意を得、また退所後1ヵ月以内に情報提供を行った場合	140円/回
I ロ 入所前に6種類以上の内服薬が処方されている方について、施設において入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合	70円/回
II 上記に加え、服薬情報を厚生労働省に提出し、実施のために必要な情報を活用している場合	240円/回
III IIに加え退所時に、入所時と比べて1種類以上減薬している場合	100円/回

- ⑮ 入所者の重篤な症状に伴う緊急的な医療行為や、病状の変化に伴う医療行為を行った場合
緊急時施設療養費（緊急時治療管理）
利用者の病状が著しく変化した場合、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（1ヶ月に3日を限度） 518円/日
所定疾患施設療養費
I 肺炎などを発症し、投薬・検査・注射・処置等を行った場合
（1月に7日を限度） 239円/日
II 上記に加え医師が感染症対策の研修を受けている場合
（1月に10日を限度） 480円/日
- ⑯ 認知症専門ケア加算
I 当園主治医により判定された日常生活自立度ランクが一定以上の方へ、認知症介護に係る研修を修了している職員を中心とした専門的な認知症ケアを行った場合 3円/日
II 上記に加え、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配属し、認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施予定した場合 4円/日
- ⑰ 認知症行動・心理症状緊急対応加算
認知症の行動・心理症状が認められるため、家庭での生活が困難であり、緊急に入所をした場合（利用開始日から7日間を限度） 200円/日
- ⑱ 認知症チームケア推進加算
I 認知症介護に係る専門的な研修を修了している者を1名以上配置し、対象者に対し個別に認知症の行動・心理症状の評価を計画的に行い、認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを実施した場合 150円/月
II 複数人の介護職員からなる認知症の行動・心理症状に対応するチームを組んでいる場合 120円/月
※認知症専門ケア加算 I 又は II を算定している場合は、算定不可
- ⑲ リハビリテーションマネジメント計画情報加算
I 医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又は家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理している場合 53円/月
II 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又は家族等に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理している場合 33円/月

- ⑳ 褥瘡マネジメント加算
- | | |
|--------------------------------|-------|
| I 褥瘡発生リスクがある入所者に、褥瘡ケア計画を作成した場合 | 3円／月 |
| II 褥瘡の発生がない場合 | 13円／月 |
- ㉑ 排せつ支援加算
- | | |
|--|-------|
| I 排せつに介護を要する入所者に、医師、看護師、介護支援専門員等が共同して支援計画を作成し支援した場合 | 10円／月 |
| II 要介護状態の軽減が見込まれる入所者に排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、悪化がない又はおむつ使用ありから使用なしに改善している場合 | 15円／月 |
| III 要介護状態の軽減が見込まれる入所者に排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともに、悪化がないかつ、おむつ使用ありから使用なしに改善している場合 | 20円／月 |
- ㉒ 自立支援推進加算
- 入所者の尊厳の保持、自立支援・重度化防止の推進、廃用や寝たきり防止などの観点から、定期的な医学的評価や自立支援に係る支援計画をたてた場合
- 300円／月
- ㉓ 科学的介護推進体制加算
- | | |
|--|-------|
| I 利用者のADL、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況等基本的な情報を厚生労働省に提出した場合 | 40円／月 |
| II Iに加えて疾患の状況や服薬情報等も提出した場合 | 60円／月 |
- ㉔ 安全対策体制加算
- 研修を受けた担当者が配属され、施設内において安全管理対策部門を設置し、組織的に安全対策を実施する体制を整備している場合（1回限り）
- 20円／回
- ㉕ サービス提供体制強化加算
- 専門的な知識・技術を持つ介護職員が行う介護サービスの提供体制として
- | | |
|---|-------|
| I 介護職員の総数の内、介護福祉士の有資格者割合が80%以上かつ、勤続10年以上の介護福祉士が35%以上の場合 | 22円／日 |
| II 介護職員の総数の内、介護福祉士の有資格者割合が60%以上の場合 | 18円／日 |
| III 介護職員の総数の内、介護福祉士の有資格者割合が50%以上の場合 | 6円／日 |
- ㉖ 介護職員等処遇改善加算（I）
- 1月の自己負担に7.5%を乗じた金額を加算

- ⑳ 協力医療機関連携加算
- I 協力医療機関の要件を満たす医療機関と入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的開催した場合 100円/月(令和6年度)
50円/月(令和7年度～)
- II 医療機関が協力医療機関の要件を満たさない場合 5単位/月
- ㉑ 高齢者施設等感染対策向上加算
- 新興感染症・その他一般的な感染症の発生時等に感染者の診療棟を実施する医療機関との連携体制を構築し、協力医療機関と連携した場合 ※新型コロナウイルス感染症を含む
- I 定期的に院内感染対策に関する研修又は訓練に参加している場合 10円/月
- II 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地指導を受けている場合 5円/月
- ㉒ 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入所者等に、適切な感染対策を行った上該当する介護サービスを行った場合(連続する5日を限度) 240円/日
- ㉓ 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について、管理栄養士が退所する退所先の医療機関等に対して栄養管理に関する情報を提供した場合 70円/回
- ㉔ 生産性向上推進体制加算
- 見守り機器等のテクノロジーを導入し、職員間の適切な役割分担の取組等を行った場合
- I 業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行った場合 100円/月
- II 利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討する委員会や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行っている場合 10円/月

(2) その他の料金

- ① 食費 1,445円/日
- ただし、特定入所者の負担限度額に係る市町村の認定をうけている方については、介護保険負担限度額認定証に記載された食費の負担限度額とします。
- ② 居住費
- ・個室 1,728円/日
- ※個室利用者のうち、以下の対象となる方は多床室の料金となります。
- i 感染症等により、個室での療養が必要と医師が判断した人。(30日以内に限る。)
- ii 著しい精神症状等により、同室の他の入所者の心身の状況に重大な影響を及ぼすおそれがあるとして、個室での療養が必要と医師が判断した人。

・多床室（2人部屋を含む） 437円

ただし、特定入所者の負担限度額に係る市町村の認定をうけている方については、介護保険負担限度額認定証に記載された居住費の負担限度額とします。

③ 日用品費 100円/日

④ 理美容代 別紙参照

⑤ 電気代（1日1点） 50円

⑥ クリーニング代（業者に依頼） 別紙参照

⑦ その他日常生活上で係る徴収が必要となった場合は、その都度利用者又はその家族に説明し同意を得たものに限り徴収します。

（3）支払方法

毎月10日前後に前月分の請求書を発行しますので、その月の25日までにお支払い下さい。なお、支払いの方法は現金による支払いと銀行振込（振り込み手数料が別にかかります）による支払い、若しくは銀行引き落とし（手数料が100円（税別）かかります）による支払いがあります。

利用者又は身元引受人から銀行振込みによる支払い又は引き落としによる支払いを受けたときは、利用者及び身元引受人が指定する送付先に対して、領収書を発送します。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、上記利用料金の「13.（1）基本料金」に提示しております金額の10倍をお支払いください。（保険給付9割、自己負担1割のため）利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

介護老人保健施設親和園重要事項同意書

サービス内容について、介護老人保健施設親和園施設入所利用重要事項説明書を交付のうえ重要事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業所 名称 介護老人保健施設 親和園

説明者 職種

氏名

私は、介護老人保健施設親和園を入所利用するにあたり、介護老人保健施設親和園施設入所利用重要事項説明書を受領のうえ、この内容に関して事業所の担当者から説明を受け、十分理解したうえで同意します。

同意日 令和 年 月 日

利用者 氏名

住所

代筆者 続柄 ()

代筆理由: 手が不自由 認知症 その他 ()

利用者の家族等 氏名

住所