

つかぐち介護医療院重要事項説明書

(令和7年3月10日改訂)

(介護医療院)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている介護医療院について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「つかぐち介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例・規定に基づき、介護医療院サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1 介護医療院サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人社団兼誠会
代表者氏名	杉 安 保 宣
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	尼崎市南塚口町 6 丁目 8 番 1 号 つかぐち病院受付 電話：06-6429-1463・ファックス番号：06-6429-1261
法人設立年月日	昭和 35 年 12 月 27 日

2 入所者に対してのサービス提供を実施する施設について

(1) 施設の所在地等

施設名称	つかぐち介護医療院
介護保険 事業所番号	(事業所番号) 28B3000019
施設所在地	兵庫県尼崎市南塚口町 6 丁目 8 番 1 号
連絡先	電話番号：06-6429-1463 FAX 番号：06-6429-1261

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	医療法人社団兼誠会が運営するつかぐち介護医療院（以下「施設」という）が行う介護医療院サービスの適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、施設の従事者が、長期にわたる療養を必要とする要介護者に対し、適正なサービスを提供する事を目的とする。
運営の方針	施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護援助、機能訓練その他の必要な医療を行う事により、その者が有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように努める。 ● 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたってサービスの提供に努める。 ● 地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、区市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保健施設その他の保険医療サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(3) 施設概要

建物の構造	鉄骨造 地上 2 階建
敷地面積 (延面積)	4,358.84 m ² (1,730.30 m ²)
開設年月日	令和 4 年 4 月 1 日

入所定員	48 名
------	------

<主な設備等>

居 室 数	4 人部屋 12 室
食堂兼談話室	2 室
処置室	1 室
脱衣室	1 室
浴 室	特殊機械浴槽
リハビリテーション室	1 室
併設型医療機関	つかぐち病院

(4) 利用定員

利用定員内訳	48 名 療養室 4 人部屋 12 室
--------	---------------------

(5) 職員体制

管理者	杉 本 佳 則
-----	---------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 従業者及び業務の実施状況の把握その他の業務の管理を一元的に行います。 2 従業者に、法令等において規定されている遵守すべき事項において指揮命令を行います。	1 人
医師	入所者に対して、健康管理及び療養上の指導を行います。	1 人以上
看護職員	医師の診療補助及び医師の指示を受けて入所者の看護、施設の保健衛生業務を行います。	8 人以上
介護職員	入所者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。	10 人以上
介護支援専門員	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。	1 人以上
薬剤師	医師の指示に基づき、調剤、薬剤管理及び服薬指導を行います。	1 人以上
理学療法士	リハビリテーションプログラムを作成し、運動療法、日常生活動作訓練、物理的療法等の訓練を実施するほか療養指導を行います。	2 人以上
管理栄養士	食事の献立、栄養計算等入所者に対する栄養指導等を行います。	1 人以上
事務員	事務等、その他業務を行います。	1 人以上

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
施設サービス計画の作成	1. 介護支援専門員が、入所者の心身の状態や、生活状況の把握（アセスメント）を行い、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、援助の目標、サービス内容、サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画を作成します。 2. 作成した施設サービス計画の内容について、入所者又はその家族に対して、説明し文書により同意を得ます。 3. 施設サービス計画を作成した際には、入所者に交付します。 4. 計画作成後においても、施設サービス計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
食 事 栄養管理	1. 入所者の身体状況、栄養及び嗜好を考慮した食事を提供します。 2. 可能な限り食堂で食事をとることを支援します。 3. 栄養状態の維持及び改善を図り、各入所者の状態に応じた栄養管理を行います。
入 浴	1 入浴又は清拭を週2回以上行います。 入所者の体調等により、当日入浴ができなかった場合は、主治医の許可後、速やかに入浴又は清拭を再開します。 2 寝たきりの状態であっても、特殊機械浴槽を使用して入浴することができます。
排せつ	排せつの自立を促すため、入所者の身体能力を利用した援助を行います。
リハビリテーション	入所者の心身等の状況に応じて日常生活を送るのに必要な機能の回復、又はその減退を可能な限り防止するための訓練を実施します。
口腔衛生の管理	入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行います。
健康管理	医師や看護職員が、健康管理を行います。
その他自立への支援	1 寝たきり防止のため、入所者の身体状況を考慮しながら、可能な限り離床に配慮します。 2 清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助を行います。

(2) 利用料金

① 食費・居住費

入所者 負担段階	居住費（滞在費）	食費	合計
	負担限度額	負担限度額	入所者負担額
第1段階	0 円／日	300 円／日	300 円／日
第2段階	430 円／日	390 円／日	820 円／日
第3段階(1)	430 円／日	650 円／日	1,080 円／日
第3段階(2)	430 円／日	1,360 円／日	1,790 円／日
第4段階	437 円／日	2,200 円／日	2,637 円／日

※ 食費・居住費については、介護保険負担限度額認定書の交付を受けた方は、当該認定書に記載されている負担限度額（上記表に掲げる額）となります。

※ 居住費については、入院又は外泊中でも料金をいただきます。

② 基本料金

区分・要介護度			基本単位	利用料	利用者負担額		
					1 割負担	2 割負担	3 割負担
Ⅱ型介護医療院	＝	要介護1	805	8,412 円	841 円	1,683 円	2,524 円
		要介護2	914	9,551 円	955 円	1,910 円	2,886 円
		要介護3	1,148	11,996 円	1,200 円	2,399 円	3,599 円
		要介護4	1,248	13,041 円	1,304 円	2,608 円	3,912 円
		要介護5	1,338	13,982 円	1,399 円	2,797 円	4,195 円

1. 入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、上記利用料を算定せず1日あたり362単位（利用料：3,782円、1割負担：379円、2割負担：757円、3割負担：1,135円）を算定します。ただし、外泊の初日及び最終日は算定しません。
2. 入所者に対して居宅における外泊を認め、当施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として上記利用料は算定せず1日あたり800単位（利用料：8,360円、1割負担：836円、2割負担：1,672円、3割負担：2,508円）を算定します。ただし、※1を算定している場合若しくは、外泊の初日及び最終日は算定しません。
3. 専門的な診療が必要となり他の病院・診療所を受診した場合に、1日4日を限度に上記利用料を算定せず1日あたり362単位（利用料：3,782円、1割負担：379円、2割負担：757円、3割負担：1,135円）を算定します。
4. 身体的拘束等の適正化に向けて、身体的拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の90/100となります。
5. 事故発生の防止又はその再発防止のために、指針の整備や委員会及び研修の実施などを行っていない場合は、1日につき5単位を減算します。
6. 虐待の発生又はその再発を防止するため、指針の整備や委員会及び研修の実施などを行っていない場合は、所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算します。

7. 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を策定していない場合は、所定単位数の100分の3に相当する単位数を減算します。
8. 栄養管理について、入所者の栄養状態の維持・改善を図り、入所者に応じた栄養管理を計画的に行っていない場合は、1日につき14単位を減算します。
9. 利用者に対しては、I型介護医療院サービス費(Ⅲ) ii を算定します。

③ 高額介護サービス費について

利用者負担段階	対象	限度額
第4段階	年収約1,160万円以上の方	世帯140,100円
	年収約770万円以上 年収1,160万円未満の方	世帯93,000円
	年収約383万円以上 年収770万円未満の方	世帯44,000円
	一般世帯（上記以外の市民税課税世帯）	世帯44,000円
第3段階	市民税非課税世帯で公的年金等収入額+合計所得金額が80万円を超える方	世帯24,600円
第2段階	市民税非課税世帯で公的年金等収入額+合計所得金額が80万円以下の方	個人15,000円 世帯24,600円
第1段階	市民税非課税世帯で老齢福祉年金受給の方	
	● 生活保護受給の方 ● 利用者負担を15,000円に減額することで生活保護受給者とならない場合	個人15,000円

(3) 加算料金

加算項目	基本 単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割負担	2 割負担	3 割負担	
初期加算	30	313 円	32 円	63 円	94 円	入所した日から 30 日以内の期間(1 日につき)
退所時栄養情報連携加算	70	731 円	73 円	146 円	219 円	1 月に 1 回を限度
再入所時栄養連携加算	200	2,090 円	209 円	418 円	627 円	1 回につき(1 人につき 1 回が限度)
退所時指導加算	400	4,180 円	418 円	836 円	1,254 円	1 回につき
退所前後訪問指導加算	460	4,807 円	481 円	961 円	1,442 円	1 回につき
退所時情報提供加算 (Ⅰ)	500	5,225 円	523 円	1,045 円	1,568 円	1 回につき
退所時情報提供加算 (Ⅱ)	250	2,612 円	262 円	522 円	783 円	1 回につき
退所前連携加算	500	5,225 円	523 円	1,045 円	1,568 円	1 回につき
訪問看護指示加算	300	3,135 円	314 円	627 円	941 円	1 回につき
協力医療機関連携加算 (Ⅰ)	100	1,045 円	105 円	209 円	314 円	1 月につき ※ 令和 7 年度からは 50 単位
栄養マネジメント強化加算	11	114 円	12 円	23 円	35 円	1 日につき
経口維持加算 (Ⅱ)	100	1,045 円	105 円	209 円	314 円	1 月につき
口腔衛生管理加算 (Ⅱ)	110	1,149 円	115 円	230 円	345 円	1 月につき
療養食加算	6	62 円	7 円	13 円	19 円	1 日につき 3 回を限度
認知症専門ケア加算 (Ⅰ)	3	31 円	4 円	7 円	10 円	1 日につき
自立支援促進加算	280	2,926 円	293 円	586 円	878 円	1 月につき
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	60	627 円	63 円	126 円	189 円	1 月につき
安全対策体制加算	20	209 円	21 円	42 円	63 円	入所初日のみ
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ)	10	104 円	10 円	21 円	31 円	1 月につき
高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)	5	52 円	5 円	11 円	16 円	1 月につき
新興感染症等施設療養費	240	2,508 円	251 円	502 円	753 円	1 月に 1 回、連続する 5 日を限度に
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	22	229 円	23 円	46 円	69 円	1 日につき
介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)	所定単位数の 26/1000	左記の単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 5/1000	左記の単位数×地域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
特別診療費(以下の通り)	所定単位	単位数×10	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	
重症皮膚潰瘍管理指導	18	180 円	18 円	36 円	54 円	1 日につき

褥創対策指導管理（Ⅰ）	6	60 円	6 円	12 円	18 円	1 日につき
褥創対策指導管理（Ⅱ）	10	100 円	10 円	20 円	30 円	1 月につき
感染対策指導管理	6	60 円	6 円	12 円	18 円	1 日につき
医学情報提供（Ⅰ）	220	2,200 円	220 円	440 円	660 円	1 回につき
医学情報提供（Ⅱ）	290	2,900 円	290 円	580 円	870 円	1 回につき
薬剤管理指導	350	3,500 円	350 円	700 円	1,050 円	週に 1 回
情報活用加算（服薬情報等提出）	20	200 円	20 円	40 円	60 円	1 月につき
疼痛緩和	50	500 円	50 円	100 円	150 円	1 回につき
理学療法（Ⅰ）	123	1,230 円	123 円	246 円	369 円	1 回につき
理学療法リハビリ体制強化加算（専従職員 2 名配置）	35	350 円	35 円	70 円	105 円	1 回につき
作業療法	123	1,230 円	123 円	246 円	369 円	1 回につき
言語聴覚療法	203	2,030 円	203 円	406 円	609 円	1 回につき
摂食機能療法	208	2,080 円	208 円	416 円	624 円	1 回につき
理学・作業・言語 加算	33	330 円	33 円	66 円	99 円	1 回につき
短期集中リハビリテーション	240	2,400 円	240 円	480 円	720 円	1 日につき
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定 単位数の 51/1000	左記の単 位数×地 域区分	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割	基本サービス費に 各種加算 減算を加 えた総単 位数（所 定単位数）

- ※ 初期加算は、当施設に入所した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ 退所時栄養情報連携加算は、管理栄養士が退所先の医療機関に対して、特別職が必要な入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者の栄養管理に関する情報を提供した場合に算定します。
- ※ 再入所時栄養連携加算は、当施設に入所していた者が退所し病院又は診療所に入院後、再度当施設に入所する際、当初に入所していた時と再入所時で栄養管理が異なる場合に、当施設の管理栄養士が入院先の病院等の管理栄養士と連携し、栄養ケア計画を策定した場合に算定します。
- ※ 退所時指導加算は、退所が見込まれる入所期間が 1 月を超える入所者を試行的に居宅に退所させる場合に、その試行的退所時に入所者及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に、最初の試行的退所から 3 月の間 1 月一回を限度として算定します。
- ※ 退所前後訪問指導加算は、入所期間が 1 月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って入所者が退所後に生活する居宅を訪問し、入所者及びその家族等に対して退所後の療養上の指導を行った場合に算定します。
- ※ 退所時情報提供加算（Ⅰ）は居宅に退所する入所者について、退所後の主治医に対して入所者の同意を得て、入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等を示す文書を添えて入所者の紹介を行った場合に算定します。

- ※ 退所時情報提供加算（Ⅱ）は医療機関に退所する入所者について医療機関に対して、入所者の同意を得て、入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等を示す文書を添えて入所者の紹介を行った場合に算定します。
- ※ 退所前連携加算は、入所者が退所後に希望する居宅介護支援事業所と連携し入所者の同意を得て、退所後のサービス方針を定めたり、必要や情報提供を行い退所後のサービス利用に関する調整を行う場合に算定します。
- ※ 訪問看護指示加算は入所者の退所時に介護医療院の医師が、診療に基づき、指定訪問看護、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用が必要と認め、入所者の同意を得て、選定する訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模特機脳型居宅介護事業所に対して訪問看護指示書を交付した場合に算定します。
- ※ 協力医療機関連携加算（Ⅰ）は協力医療機関との間で、入所者の同意を得て、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に算定します。
- ※ 栄養マネジメント強化加算は、低栄養状態又はそのおそれのある入所者に対して、他職種共同で栄養ケア計画を作成し、これに基づく栄養管理を行うとともに、その他の入所者に対しても食事の観察を行い、入所者ごとの継続的な栄養管理を強化して実施した場合に、算定します。
- ※ 経口維持加算は、現在食事を経口摂取しているが摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、医師又は歯科医師の指示に基づき他職種共同にて食事観察及び会議を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し、これに基づき、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、栄養管理を行っている場合に算定します。
- ※ 口腔衛生管理加算は、歯科衛生士が入所者に対し、口腔衛生等の管理を月2回以上行い、当該入所者に係る口腔衛生等の管理の具体的な技術的助言及び指導等を介護職員に行っている場合に、算定します。
- ※ 療養食加算は、疾病治療のため医師の発行する食事箋に基づき糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合に算定します。
- ※ 認知症ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから、介護を必要とする認知症の利用者に対してサービスを提供した場合に算定します。
- ※ 自立支援促進加算は、医師が入所者ごとに自立支援に係る医学的評価を行い、自立支援の促進が必要であると判断された入所者ごとに多職種共同で支援計画を作成し、これに基づくケアを実施した場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を施設サービスの適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。
- ※ 安全対策体制加算は、事故発生又はその再発防止のために必要な措置を講じるとともに、安全対策の担当者が必要な外部研修を受講し、施設内に安全管理部門を設置するなど組織的な安全対策体制が整備されている場合に、算定します。
- ※ 高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）は、診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に一回以上施設内に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た場合に算定します。
- ※ 新興感染症等施設療養費は入所者等が別に厚生労働大臣が定める感染症に感染した場合に

相談対応、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、適切な感染症対策を行った上で、該当する介護サービスを行った場合に算定します。

- ※ サービス提供体制強化加算は、当施設が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合に算定します。
- ※ 特別診療費は、入所者に対して指導管理等のうち日常的に必要な医療行為として感染対策や褥瘡対策等厚生労働大臣が定めるものを実施した場合に算定します。
- ※ 重症皮膚潰瘍管理指導は、重症な皮膚潰瘍を有している入所者様に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に算定します。
- ※ 褥創対策指導管理（Ⅰ）（Ⅱ）は、入所者ごとの褥瘡の発生と関連のあるリスクについて施設入所時等に評価するとともに少なくとも3月に1回評価を行い褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成し、また、Ⅱについては褥瘡の発生がない場合に算定します。
- ※ 感染対策指導管理は、感染対策委員会を設置し、施設全体で感染対策を行う為算定します。
- ※ 医学情報提供（Ⅰ）（Ⅱ）は入所者の退所時に、診療に基づき、病院又は診療所に対して入所者の同意を得て、入所者の診療状況を示す文書を添えて利用者の紹介を行った場合に算定します。
- ※ 薬剤管理指導は、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合に週一回に限り月に4階を限度として算定します。
- ※ 情報活用加算（服薬情報等提出）は、入所者ごとの服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方の実施にあたって当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用した場合に算定します。
- ※ 疼痛緩和は疼痛緩和のために投薬又は注射が行われている利用者に対して当該薬剤の使用に関する必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- ※ 理学療法（Ⅰ）は、入所者に対して理学療法を個別に行った場合に算定します。
- ※ リハビリ体制強化加算（専従職員2名配置）は専従する常勤の理学療法士を2名以上配置し、理学療法（Ⅰ）または作業療法を行った場合に算定します。
- ※ 作業療法は、入所者に対して作業療法を個別に行った場合に算定します。
- ※ 言語聴覚療法は、入所者に対して言語聴覚療法を個別に行った場合に算定します。
- ※ 摂食機能療法は、入所者に対して摂食機能療法を個別に行った場合に算定します。
- ※ 理学・作業・言語 加算は入所者ごとのリハビリテーション実施計画の内容との情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの実施に当たって。当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施の為に必要な情報を活用している場合に算定します。
- ※ 短期集中リハビリテーション実施加算は、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が入所した日から3月間に20分以上の個別リハビリテーションを1週におおむね3日以上実施した場合に算定します。
- ※ 地域区分別の単価（5級地 10.45 円）を含んでいます。
- ※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。
- ※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するための賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(4) その他の料金

	項目	内容	利用料金
1	教養娯楽費	レクリエーション、クラブ活動参加費としての材料費等	実費相当額
2	理美容代	理容・美容サービス料	2,970 円/回 ※2024 年 12 月 1 より 3,300 円/回に変更
3	日常生活品代	日常生活品の購入代金等、日常生活に要する費用で、入所者に負担していただくことが適当であるものに係る費用	リース契約書参照
4	電気使用料	持ち込み電機機器を使用される場合の電気使用料	3 機種まで 1,500 円/月（税込）
5	おやつ代	食事とは別に必要とされる方に係る費用	50 円/日（税込）
6	金銭管理費	貴重品等を預かり、管理します。	1,500 円/月（税込）
7	エンゼルセット	浴衣代	3,300/枚（税込）

※ 金銭管理費について

入所者の希望により、貴重品の管理等を行います。

- 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預貯金
- お預かりできるもの：現金、預貯金通帳と印鑑、年金証書、健康保険証等
- 出納方法：預貯金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、届出書を保管管理者へ提出していただきます。
- 保管管理者は出入の都度、出入金記録を作成しその写しを入所者へ交付します。
- 保管管理者：事務員
- 保管管理者が不在の場合は貴重品のお預かりや預貯金の預け入れ及び引き出しが困難な場合がございますので、ご了承ください。

※ 他の医療機関を受診した場合の料金について

入所中に医療機関の外来受診をした場合外来受診料金が発生します。つかぐち病院を受診した場合は毎月の利用料に合算して請求いたしますが、つかぐち病院以外の場合は直接外来受料金は窓口で直接支払ってください。

。

【 介護医療院利用料金表 】 課税者用

令和 6年 8月 1日

＜多床室＞

1割負担 ※高額介護サービス費利用者負担上限額 44,400円/月(世帯)

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	1割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算 加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	25,236	13,110	66,000	1,437	1,294	107,077
要介護 2	9,951	298,530	29,853	13,110	66,000	1,437	1,530	111,930
要介護 3	11,997	359,910	35,991	13,110	66,000	1,437	1,843	118,381
要介護 4	13,042	391,260	39,126	13,110	66,000	1,437	2,003	121,676
要介護 5	13,982	419,460	41,946	13,110	66,000	1,437	2,147	124,639

437円/1日

2,200円/1日

2割負担

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	2割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算 加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	50,472	13,110	66,000	2,874	2,603	135,059
要介護 2	9,951	298,530	59,706	13,110	66,000	2,874	3,074	144,764
要介護 3	11,997	359,910	71,982	13,110	66,000	2,874	3,700	157,666
要介護 4	13,042	391,260	78,252	13,110	66,000	2,874	4,020	164,256
要介護 5	13,982	419,460	83,892	13,110	66,000	2,874	4,308	170,184

437円/1日

2,200円/1日

3割負担

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	3割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算 加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	75,708	13,110	66,000	4,311	3,927	163,056
要介護 2	9,951	298,530	89,559	13,110	66,000	4,311	4,633	177,613
要介護 3	11,997	359,910	107,973	13,110	66,000	4,311	5,573	196,966
要介護 4	13,042	391,260	117,378	13,110	66,000	4,311	6,052	206,851
要介護 5	13,982	419,460	125,838	13,110	66,000	4,311	6,484	215,742

437円/1日

2,200円/1日

* 食費内訳は朝食600円・昼食800円・夕食800円 上記表では1日3食×30日にて計算しています。

* 固定加算分の内訳

栄養マネジメント強化加算 12円/日 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 23円/日 感染対策指導管理 6円/日 認知症専門ケア加算(Ⅰ)4円/日 ※1割負担の場合

栄養マネジメント強化加算 23円/日 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 46円/日 感染対策指導管理 12円/日 認知症専門ケア加算(Ⅰ)7円/日 ※2割負担の場合

栄養マネジメント強化加算 35円/日 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 69円/日 感染対策指導管理 18円/日 認知症専門ケア加算(Ⅰ)10円/日 ※3割負担の場合

協力医療機関連携加算(Ⅰ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合104円/月 ※2割は205円/月 ※3割は310円/月

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合10円/月 ※2割は20円/月 ※3割は31円/月

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合5円/月 ※2割は11円/月 ※3割は16円/月

* 初期加算(30単位) 入所後30日間 は、32円/日(月額 960円)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合

※2割負担は、入所後30日間 は、63円/日(月額 1890円)が上記金額に加算されます。

※3割負担は、入所後30日間 は、94円/日(月額 2820円)が上記金額に加算されます。

* 安全対策体制加算(20単位) 入所中1回 は、21円/回が上記金額に加算されます。※1割負担の場合 ※2割は42円/回 ※3割は63円/回

* 介護職員等処遇改善加算はサービスの利用内容に応じて変動します。表内の金額は目安となります。(施設サービス単位(月)+固定加算単位(月)×0.051)

* 上記金額は、1ヶ月を30日にて試算した概算です。その他、サービスの利用内容に応じて別途加算項目があります。

◆利用者負担の軽減について

1)特定入所者介護サービス費

所得や資産等が一定以下の方に対して、市区町村への申請により、負担限度額を超えた居住費・食費の負担額が介護保険から支給されます。負担限度額は所得段階[第1段階から第3段階(Ⅰ)・(Ⅱ)]によって異なります。

2)高額介護サービス費

利用者の自己負担額(月額)を世帯で合計した額が、世帯の課税状況に応じ、一定の上限額を超えた場合、市区町村への申請により、上限を超えた額が介護保険から支給されます。食費・居住費など保険給付外の費用は計算に含まれません。

3)高額医療合算介護サービス費

1年間における介護保険と医療保険の自己負担額の合計額が一定の上限額を超え、高額になった場合、市区町村への申請により、上限を超えた額が払い戻されます。

◆公費助成制度について

1)被爆者の方が介護医療院をご利用された場合、その自己負担額が助成されます。介護医療院のご利用時に被爆者健康手帳を提示してください。

2)厚生労働大臣が指定した難病(指定難病)の方が介護医療院をご利用された場合、申請により所得に応じた自己負担上限月額を限度としたご負担となります。

【 介護医療院利用料金表 】 非課税者用(1割)

令和 6年 8月 1日

＜多床室＞

3段階② ※高額介護サービス費利用者負担上限額 24,600円/月(世帯)

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	1割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算	加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	25,236	12,900	40,800	1,437	1,294		81,667
要介護 2	9,951	298,530	29,853	12,900	40,800	1,437	1,530		86,520
要介護 3	11,997	359,910	35,991	12,900	40,800	1,437	1,843		92,971
要介護 4	13,042	391,260	39,126	12,900	40,800	1,437	2,003		96,266
要介護 5	13,982	419,460	41,946	12,900	40,800	1,437	2,147		99,229

3段階①※高額介護サービス費利用者負担上限額 24,600円/月(世帯)

430円/1日

1380円/1日

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	1割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算	加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	25,236	12,900	19,500	1,437	1,294		60,367
要介護 2	9,951	298,530	29,853	12,900	19,500	1,437	1,530		65,220
要介護 3	11,997	359,910	35,991	12,900	19,500	1,437	1,843		71,671
要介護 4	13,042	391,260	39,126	12,900	19,500	1,437	2,003		74,966
要介護 5	13,982	419,460	41,946	12,900	19,500	1,437	2,147		77,929

2段階※高額介護サービス費利用者負担上限額 15,000円/月(個人)

430円/1日

650円/1日

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	1割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算	加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	25,236	12,900	11,700	1,437	1,294		52,567
要介護 2	9,951	298,530	29,853	12,900	11,700	1,437	1,530		57,420
要介護 3	11,997	359,910	35,991	12,900	11,700	1,437	1,843		63,871
要介護 4	13,042	391,260	39,126	12,900	11,700	1,437	2,003		67,166
要介護 5	13,982	419,460	41,946	12,900	11,700	1,437	2,147		70,129

1段階※高額介護サービス費利用者負担上限額 15,000円/月(個人)

430円/1日

390円/1日

	施設サービス費 /日	施設サービス費 /月	1割負担額	居住費	食費1ヶ月	固定加算分/月	介護職員等改善 算	加	1ヶ月負担合計
要介護 1	8,412	252,360	25,236	0	9,000	1,437	1,294		36,967
要介護 2	9,951	298,530	29,853	0	9,000	1,437	1,530		41,820
要介護 3	11,997	359,910	35,991	0	9,000	1,437	1,843		48,271
要介護 4	13,042	391,260	39,126	0	9,000	1,437	2,003		51,566
要介護 5	13,982	419,460	41,946	0	9,000	1,437	2,147		54,529

0円/1日

300円/1日

* 食費内訳は朝食600円・昼食800円・夕食800円 上記表では1日3食×30日にて計算しています。

* 固定加算分の内訳

栄養マネジメント強化加算 12円/日 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 23円/日 感染対策指導管理 6円/日 認知症専門ケア加算(Ⅰ)4円/日 ※1割負担の場合

協力医療機関連携加算(Ⅰ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合104円/月

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合10円/月

高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合5円/月

* 初期加算(30単位/日) 入所後30日間 は、32円/日(月額 960円)が上記金額に加算されます。※1割負担の場合

* 安全対策体制加算(20単位) 入所中1回 は、21円/回が上記金額に加算されます。※1割負担の場合

* 介護職員等処遇改善加算はサービスの利用内容に応じて変動します。表内の金額は目安となります。(施設サービス単位(月)+固定加算単位(月)×0.051)

* 上記金額は、1ヶ月を30日にて試算した概算です。その他、サービスの利用内容に応じて別途加算項目があります。

◆利用者負担の軽減について

1) 特定入所者介護サービス費

所得や資産等が一定以下の方に對して、市区町村への申請により、負担限度額を超えた居住費・食費の負担額が介護保険から支給されます。

負担限度額は所得段階[第1段階から第3段階(1)・(2)]によって異なります。

2) 高額介護サービス費

利用者の自己負担額(月額)を世帯で合計した額が、世帯の課税状況に応じ、一定の上限額を超えた場合、市区町村への申請により、上限を超えた額が介護保険から支給されます。食費・居住費など保険給付外の費用は計算に含まれません。

3) 高額医療合算介護サービス費

1年間における介護保険と医療保険の自己負担額の合計額が一定の上限額を超え、高額になった場合、市区町村への申請により、上限を超えた額が払い戻されます。

◆公費助成制度について

1) 被爆者の方が介護医療院をご利用された場合、その自己負担額が助成されます。介護医療院のご利用時に被爆者健康手帳を提示してください。

2) 厚生労働大臣が指定した難病(指定難病)の方が介護医療院をご利用された場合、申請により所得に応じた自己負担上限月額を限度としたご負担となります。

【 介護医療院利用料金表 】 加算分

令和 6年 8月 1日

加算項目	基本単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
初期加算	30	313円	32円	63円	94円	入所した日から30日以内の期間(1日につき)
退所時栄養情報連携加算	70	731円	73円	146円	219円	1月に1回を限度
再入所時栄養連携加算	200	2,090円	209円	418円	627円	1回につき(1人につき1回が限度)
退所時指導加算	400	4,180円	418円	836円	1,254円	1回につき
退所前後訪問指導加算	480	4,807円	481円	961円	1,442円	1回につき
退所時情報提供加算(Ⅰ)	500	5,225円	523円	1,045円	1,568円	1回につき
退所時情報提供加算(Ⅱ)	250	2,612円	262円	522円	783円	1回につき
退所前連携加算	500	5,225円	523円	1,045円	1,568円	1回につき
訪問看護指示加算	300	3,135円	314円	627円	941円	1回につき
協力医療機関連携加算(Ⅰ)	100	1,045円	105円	209円	314円	1月につき※ 令和7年度からは50単位
栄養マネジメント強化加算	11	114円	12円	23円	35円	1日につき
経口維持加算(Ⅱ)	100	1,045円	105円	209円	314円	1月につき
口腔衛生管理加算(Ⅱ)	110	1,149円	115円	230円	345円	1月につき
療養食加算	6	62円	7円	13円	19円	1日につき3回を限度
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3	31円	4円	7円	10円	1日につき
自立支援促進加算	280	2926円	293円	586円	878円	1月につき
科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60	627円	63円	126円	189円	1月につき
安全対策体制加算	20	209円	21円	42円	63円	入所初日のみ
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	10	104円	10円	20円	31円	1月につき
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	5	52円	5円	11円	16円	1月につき
新興感染症等施設療養費	240	2,508円	251円	502円	753円	1月に1回、連続する5日を限度に
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22	229円	23円	46円	69円	1日につき
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の51/1000	左記の単位数×10.45	左記の1割	左記の2割	左記の3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)

特別診療費(以下の通り)	所定単位	単位数×10	左記の1割	左記の2割	左記の3割	
重症皮膚潰瘍管理指導	18	180円	18円	36円	54円	1日につき
褥創対策指導管理(Ⅰ)	6	60円	6円	12円	18円	1日につき
褥創対策指導管理(Ⅱ)	10	100円	10円	20円	30円	1月につき
感染対策指導管理	6	60円	6円	12円	18円	1日につき
医学情報提供(Ⅰ)	220	2,200円	220円	440円	660円	1回につき
医学情報提供(Ⅱ)	290	2,900円	290円	580円	870円	1回につき
薬剤管理指導	350	3,500円	350円	700円	1,050円	週に1回
情報活用加算(服薬情報等提出)	20	200円	20円	40円	60円	1月につき
疼痛緩和	50	500円	50円	100円	150円	1回につき
理学療法(Ⅰ)	123	1,230円	123円	246円	369円	1回につき
理学療法リハビリ体制強化加算(専従職員2名配置)	35	350円	35円	70円	105円	1回につき
作業療法	123	1,230円	123円	246円	369円	1回につき
言語聴覚療法	203	2,030円	203円	406円	609円	1回につき
摂食機能療法	208	2,080円	208円	416円	624円	1回につき
理学・作業・言語 加算	33	330円	33円	66円	99円	1月につき
短期集中リハビリテーション	240	2,400円	240円	480円	720円	1日につき

＜リース料金のご案内について＞

当院では①院内感染防止、②患者様及びご家族様の利便性向上、③病院側が患者様への治療や看護により集中しやすい環境を作ることを目的とし、リネン類及び日用品を一日または一ヶ月定額でご利用いただけるサービスを導入しております。

上記 導入の趣旨をご理解いただき、ご加入いただきますようお願いいたします。

■別途自費負担分(税込)

タオルリースセット(フェイスタオル・バスタオル)	1ヶ月分	1,100円
衣類リース(病衣)	1日分	110円
エプロン	1ヶ月分	800円
保清料(シャンプー・リンス・ボディソープ代)	1ヶ月分	550円
クリーニング代(ご希望の患者さまのみ)	1ヶ月分	5,500円
散髪(第2水曜日・第4木曜日)	1回分	3,300円
ティッシュペーパー	1箱	110円

■テレビカード 1,000円/1枚 (1枚で20時間視聴可能)

※当院での両替は致しかねますのでご了承ください。

■診断書等

証明書・診断書(当院発行もの)	1通	2,200円
証明書(当院以外のもの)	1通	550円
成年後見制度用診断書	1通	3,300円
通院証明書	1通	2,200円
入院証明書	1通	3,850円
保険会社の各種証明書	1通	3,850円
年金診断書	1通	11,000円
身体障害・後遺症診断書	1通	11,000円
特定疾患診断書	1通	2,200円
死亡診断書(2通目同じ)	1通	2,750円
施設申込用健康診断書	1通	8,800円
補装具・医療費納付証明書等	1通	1,100円

◆請求書は毎月末締め切りの翌月10日以降に配布致します。(月額料金は途中申し込みでも、申し込み月から月額料金が発生し、日割り計算はしておりません。)

◆個室部屋の入室日数計算は、入院時及び退室時とも午前0時～午後12時の間を1日と計算します。[計算例:午後10時入院、翌日午前10時退院した場合2日間となります。]

※詳細は当院受付にてお尋ね下さい。

【入院時のお持ち物について】

品 目	数 量
*必ずお持ち頂く物	
①バスタオル	3枚
②タオル	3枚
③使い捨てフェイスマスク	1箱(50枚入り)
*必要に応じてお持ち頂く物(④～)	
④パジャマ(上)	
⑤パジャマ(下)	
⑥肌着(上)	
⑦肌着(下)	
⑧パンツ(オムツを使用されない方のみ)	適量
⑨靴下	
⑩上靴(スリッパ不可)	
⑪ティッシュペーパー(忘れた場合は、院内でお出しします)	適量
⑫義歯(上) + ケース入れ	
⑬義歯(下) + ケース入れ	
⑭入れ歯洗浄剤(ポリデント等)	
⑮補聴器	
⑯メガネ	
⑰装具・コルセット()	
⑱歯ブラシ(部分入れ歯の方は、2本使用)	
⑲電気かみそり(男性の方のみ)	
※注意事項 ○ <u>クリーニング希望の患者様は、各6枚程ご準備して下さい。</u> (クリーニングは業者に委託しており、返却までに1週間以上かかるためです) ○クリーニングでは布団、毛布、タオルケット、ウール製品、ナイロン製品、毛などは洗濯致しかねますので、ご了承ください。 ※詳しくは別紙、洗濯のご利用についてをご参照ください。 ○麻痺がある患者様につきましては、肌着(上)、パジャマ(上)などはできるだけ前開きの物をご準備して下さい。 ○全ての持ち物には油性マジックでお名前をフルネームでご記入頂き、最小限の持ち物でお願い致します。(お名前のご記入の無い物につきましては、紛失されても当院では一切責任は負いません) ○自宅からのご入院の場合は、普段飲まれているお薬・お薬手帳をお持ち下さい。 ○バスタオル、タオルは最低枚数を記載していますが、発熱時や清拭などの場合には、普段の枚数より多く使用します。週1回程しか面会にお越し頂けない方は、各4～5枚でご準備をお願い致します。 ○経年劣化等に伴い、名前が薄くなる場合もあるため、その都度ご家族でご確認の程よろしくお願いたします。その際の紛失・破損につきましては、保証できかねますのでご了承の程、よろしくお願い致します。	

※事前にお持ち物には油性マジックでお名前のご記入の程、ご協力よろしくお願い致します。

4 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料入所者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日以降に 1 階受付にてお渡し致します。 ウ 退所される方の請求書は退院当日 9 時以降に 1 階受付にてお渡し致します。
② 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の入所者控えと内容を照合のうえ、請求月の 20 日迄に 1 階受付前の自動精算機にてお支払いください イ 支払い完了後自動精算機より領収書が発行されますので、必ず保管してください。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 利用料、入所者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

5 入退所等に当たっての留意事項

- (1) 入所対象者は、要介護度 1 以上の方となります。
- (2) 入所時に要介護認定を受けている方であっても、入所後に要介護認定者でなくなった場合は、退所していただくことになります。
- (3) 入所者の病状、経過によって主治医の判断の元、退所をしていただく場合がございます。
- (4) 退所に際しては、入所者及びその家族の希望、退去後の生活環境や介護の連続性に配慮し適切な援助、指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等や保険医療、福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。

※ 入所費用等の滞納、治療方針・内容等を強要する行為、他の利用者さまや職員への暴力・暴言・大声・威嚇・セクシャルハラスメントなど診療等に支障をきたす行為、解決しがたい要求を繰り返し施設業務を妨げる行為、他のお部屋や許可なく診察室等へ出入りする行為、許可なく無断で外出や外泊を繰り返す行為、病院施設敷地内における飲酒・喫煙・危険物の持ち込み等、当施設の入所規則・禁止事項を遵守せず、施設の運営・管理に支障をきたすと考えられる場合は速やかに退所していただきます。

6 衛生管理等について

- (1) 入所者の使用する施設、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。

- ① 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する

委員会をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

- ② 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施します。
- ④ ①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

7 業務継続計画の策定等について

- (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、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) 従業者に対し、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実施します。
- (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。

8 緊急時等における対応方法

施設において、サービス提供を行っている際に入所者の病状の急変が生じた場合は、速やかに管理医師へ連絡し必要な措置を講じます。

入所者の病状からみて、当施設において自ら必要な医療を提供することが困難な場合には、協力医療機関その他適当な医療機関への入院のため措置、又は必要な診療科の医師の対診を求める等診療について適切な措置を講じます。

入所者のために往診を求め、又は入所者を医療機関に通院させる場合には、当該医療機関の医師又は歯科医師に対し、入所者の診療状況に関する情報を提供します。また、当該医療機関等から入所者の療養上必要な情報の提供を受け、その情報により適切な診療を行います。

当施設の協力医療機関及びに歯科医療機関は下記のとおりです。

【協力医療機関】 医療法人社団兼誠会つかぐち病院	医療機関名：つかぐち病院 所 在 地：尼崎市南塚口町 6-8-1 電話番号：06-6429-1463 FAX 番号：06-6429-1261 受付時間：9:00～17:00 診 療 科：内科、消化器内科、循環器内科、外科、 整形外科、形成外科、皮膚科、放射線科、リハビリテーション科、
【協力歯科医療機関】 医療法人真正会芦田クリニック 歯科	医療機関名：芦田クリニック 歯科 所 在 地：吹田市原町 4-7-18 2F 電話番号：06-4861-6003 FAX 番号：06-4861-6003 受付時間：9:30～19:30

※ 協力医療機関において、優先的に治療等が受けられるものではありません。また、当該医療機関での治療等を義務付けるものではありません。

9 事故発生時の対応方法について

- (1) 事故が発生した場合の対応について、(2)に規定する報告等の方法を定めた事故発生防止のための指針を整備します。
- (2) 事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実を報告し、その分析を通じた改善策についての研修を従業者に対し定期的に行います。
- (3) 事故発生防止のための委員会及び従業者に対する研修を定期的に行います。
- (4) 上記(1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を配置しています。
- (5) 施設は、入所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、入所者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (6) 施設は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (7) 施設は、入所者に対するサービス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。

【市町村（保険者）の窓口】 尼崎市役所 健康福祉局 福祉部 法人指導課	所在地 尼崎市東七松町 1-23-1 本庁北館 3 階 電話番号 06-6489-6143 FAX 番号 06-6482-3512 受付時間 9：00～17：30（土日祝は休み）
【家族等緊急連絡先】	つかぐち介護医療院入所利用契約書の通り。 ※ただし、つかぐち介護医療院入所利用契約書と異なる場合のみ下記に記入下さい。 氏名 続柄（ ） 住所 電話番号 携帯番号 勤務先

なお、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	損害保険ジャパン株式会社
	保 険 名	医師賠償責任保険

10 非常災害対策

- (1) 当施設に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
 災害対策に関する担当者（防火管理者）総務課 氏名：（ 竹 内 淳 ）
- (2) 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救出、その他必要な訓練（夜間想定訓練を含む。）を行います。
 避難訓練実施時期：（毎年 2 回 5 月・ 11 月）
- (4) (3)の訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。
- (5) 防災設備：消化器具、スプリンクラー設備、自動火災報知設備、ガス漏れ火災警報設備、消防機関へ通報する火災報知設備、非常警報器具及び設備、誘導灯及び誘導標式、連結送水管（共同住宅用連結送水管）、非常電源、（蓄電池設備）、防排煙制御設備

11 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供したサービスに係る入所者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

① 相談及び苦情の対応

相談又は電話があった場合、原則として担当部署が対応する。

担当部署が対応できない場合、他の職員でも対応するが、その旨を解決責任者に直ちに報告する。

② 確認事項

相談又は電話については、次の事項について確認する。

⇒相談又は苦情のあった利用者の氏名、提供したサービスの種類、提供した年月日及び時間、担当した職員の氏名（利用者がわかる場合）、具体的な苦情・相談の内容、その他参考事項

③ 相談及び苦情処理期限の説明

相談及び苦情の相手方に対し、対応した職員の氏名を名乗るとともに相談・苦情を受けた内容について、回答する期限を併せて説明する。

④ 相談及び苦情の処理

概ね次の手順により、相談及び苦情について処理する。

ア 施設内において、苦情対応者、解決責任者を中心として相談・苦情処理のための部会・会議を開催する。

イ 問題点の整理、洗い出し及び今後の改善策についてのディスカッションを行う。

ウ 部会での会議において検討し、具体的対処者を決定する。

エ 文書により回答を作成し、対処者が事情説明を苦情の相手方に対して直接行ったうえで、文書を渡す。

オ 苦情処理について市町村又は国民健康保険団体連合会から求めがあった場合、その概要についてまとめたうえで市町村、国民健康保険団体連合会に対して報告を行い、更なる改善点について助言を受ける。

カ 改善点について助言を受けたものは明記し、再発の防止を図る。

苦情担当窓口

つかぐち病院 1階 受付	所在地：尼崎市南塚口町 6-8-1 電話番号：06-6429-1463 ファックス番号：06-6429-1261 受付時間：9:00～17:00
【市町村（保険者）の窓口】 尼崎市役所 健康福祉局 福祉部 法人指導課	所在地 尼崎市東七松町 1 丁目 23-1 本庁北館 3F 電話番号 06-6489-6143 ファックス番号 06-6482-3512 受付時間 9:00～17:30(土日祝は休み)
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町 1-9 1-1801 号 電話番号 078-332-5618 受付時間 8:45～17:15（土日祝は休み）

12 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 入所者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、入所者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た入所者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た入所者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
(2) 個人情報の保護について	① 事業者は、入所者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、入所者の個人情報を用いませぬ。また、入所者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で入所者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、入所者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、入所者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は入所者の負担となります。）

13 虐待の防止について

事業者は、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	管理者 杉 本 佳 則
-------------	-------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業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ほか、従業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開催し、その結果について従業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) 従業員に対して、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、当該施設従業員又は養護者（現に養護している家族・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。

14 身体的拘束について

事業者は、原則として入所者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、入所者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録し、5年間保存します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、入所者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。

(2) 非代替性…身体拘束以外に、入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。

(3) 一時性…入所者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

15 サービス提供の記録

(1) 介護医療院サービスを提供した際には、提供した具体的なサービス内容等の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。

(2) 入所者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写物の請求を行う場合は、有料です。）

(3) 入居に際して入居年月日及び事業所名称を、退居に際して退居年月日を介護保険被保険者証に記載いたします。

16 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記内容について、「尼崎市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例・規定に基づき、入所者に説明を行いました。

事業者	所在地	尼崎市南塚口町6丁目8番1号
	法人名	医療法人社団兼誠会
	代表者名	杉 安 保 宣
	事業所名	つかぐち介護医療院
	説明者氏名	中島 篤

事業者から上記の内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

入所者	住所	
	氏名	

上記署名は、_____（ ）が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	

(メモ)

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には入所者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、入所者及び事業者の双方が署名を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける入所者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、入所者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、入所者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、入所者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

(例)

入所者	住所	兵庫県〇〇市△△町1丁目1番1号
	氏名	兼 誠 太 郎

上記署名は、塚口 花子（子）が代行しました。

歯科診療へのご理解とご協力をお願い

施設運営において下記の通り介護保険法で義務付けられており、歯科診療（保険診療）の受診にご協力をお願いしています。

（条文抜粋）
事業所の職員による適切な口腔管理等の実施と、歯科専門職による適切な口腔管理に繋げる観点から、事業者を利用者の入所時及び入所後の定期的な口腔衛生状態・口腔機能の評価の実施を義務付ける。

当施設と提携する歯科医院が情報を共有し、一元的に介護サービスを提供することで、入所者様の生活の質の向上に努めさせていただきます。

【歯科検診から受診までの流れ】

1. 歯科検診を実施します

2. 検診結果、同意書を郵送させていただきます

3. 診療同意書の返送をお願いします

4. 診療を開始させていただきます

※ 歯科診療の内容や治療方針につきましては、検診結果に同封する資料にてご確認ください。

【歯科検診を行う提携医療機関】

医療法人真正会 芦田クリニック 歯科
大阪府吹田市原町 4-7-18 （TEL）06-4861-6000

※ 診療内容、歯科診療請求費に関しては上記提携医療機関にお問い合わせください

歯科医院より検診結果を郵送させていただきますので、下記情報をご記入ください。

(記入日： 年 月 日)

利用者	(フリガナ)		生年月日	T・S 年 月 日
	氏名			
家族連絡先	(フリガナ)		家族電話番号	
	氏名			
	住所	〒		

※ 検診結果及び請求書等郵送先が上記以外の場合（記載がない場合は家族連絡先に郵送致します）

郵送先	(フリガナ)		電話番号	
	氏名			
	住所	〒		

芦田クリニック歯科での受診履歴 あり ・ なし

※ 取り扱う個人情報については漏洩、滅失またはき損の防止、その他の個人情報の安全管理のために必要かつ適切な措置を講じます。

つかぐち介護医療院 入所利用契約書

医療法人社団兼誠会つかぐち介護医療院 代表者殿

入所日 年 月 日

私は、つかぐち介護医療院(以下「施設」という))を入所利用するにあたり、施設の重要事項説明書、利用案内に基づき説明を受け、これらを十分に理解した上で、本契約を締結いたします。入所中は、診療・看護上の指示、重要事項説明書を遵守し、施設職員、他の患者さま等に御迷惑を掛けないことを誓約し、これらの事項に違反した場合は、何時退所を命じられても異議は申し立ていたしません。また、入所費用、その他の諸料金については、指定日までに遅滞なく支払いし、万一、指定日までに支払いができなかった場合は連帯保証人が支払います。退所する場合は身元引受人が責任をもって身元を引き受けます。

利用契約者本人	ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
	氏 名	㊞			
	現 住 所	〒		電 話	()
				携 帯	()
勤 務 先			電 話	()	

(代理人) 氏名: (利用契約者との関係:) 連絡先:

私は、上記利用契約者の入所費用、その他の諸料金について、全責任を負い、費用負担等は指定された期日(退所の場合は退所時)までに必ずお支払いいたします。万一、指定の期日までに支払いができなかった場合は、連帯保証人が極度額(限度額)100万円まで滞りなく支払いいたします。なお、連帯保証人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

連帯保証人	ふりがな		男・女	生年月日		利用者との関係
	氏 名	㊞		大・昭・平	年 月 日	
	現 住 所	〒		電 話	()	
				携 帯	()	
	勤 務 先	名 称			電 話	()
住 所		〒				

(注) 連帯保証人は、上記利用者及び身元引受人と別の独立した生計を営み、支払能力のある方に限ります。

私は、上記利用契約者の入所期間中において、身元引受人に関する事項は身元引受人として責任をもって引き受けます。また退所の指示があった場合は、指定の期日に利用者本人を引き受けます。なお、身元引受人の記載事項に変更があった場合は、速やかに届け出ます。

身元引受人	ふりがな		男・女	生年月日		利用者との関係
	氏 名	㊞		大・昭・平	年 月 日	
	現 住 所	〒		電 話	()	
				携 帯	()	
	勤 務 先	名 称			電 話	()
住 所		〒				

(注) 身元引受人は成年者に限ります。

なお、連帯保証人が身元引受人となる場合、「身元引受人」欄の記入については「氏名」欄以外の記入は不要です。

個人情報に関する同意書

当院では、患者さまの個人情報については下記の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。なお、疑問などがございましたら担当窓口にお問い合わせください。

つかぐち病院介護医療院 院長

当院における患者さまの個人情報の利用目的

1. 院内での利用

- ① 患者さまに提供する医療・介護サービス
- ② 医療保険事務・介護保険事務
- ③ 管理業務（入退院等の病棟管理、会計、経理、医療事故等の報告）
- ④ 医療の質の向上を目的とした院内症例研究等
- ⑤ その他、患者さまに係る管理運営業務

2. 院外への情報提供としての利用

- ① 他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、看護サービス事業者、その他事業者との連携・情報提供及び病状等により当院の診療科目以外で往診を受ける際、保険証等の閲覧提示、診療情報等（既往歴等）の提供
- ② 他の医療機関等からの照会への回答
- ③ 患者さまの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④ 検体検査業務等の業務委託
- ⑤ ご家族等への症状説明
- ⑥ 審査支払機関や保険者へのレセプト提出・照会への回答
- ⑦ 事業者等から委託を受けた健康診断に係る、事業者等への結果通知
- ⑧ 医師賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等
- ⑨ その他、患者さまへの医療保険事務に関する利用

3. その他の利用

- ① 医療・介護サービス業務の維持・改善のための基礎資料
- ② 外部監査機関への情報提供

上記の利用目的に対し、同意します。

_____年____月____日

同意人	患者本人	印
	家族（代理人）	印

◆上記のうち、他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を担当窓口までお申し出下さい。

◆お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

◆これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等を行うことができます。

◆外部からの電話等によるお取次ぎ、お問い合わせ（会社・保険会社・親戚・友人等への入退院事実、部屋番号等の情報提供、病室名札の明示等）お申し出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

申込書（兼）同意書

入院中の日常生活におけるリース商品の賃貸借及び洗濯業務、物品購入を申し込み致します。
申込みに際しては下記の事項についても同意致します。

- 1.利用者（患者）の病状などに変化が生じれば、当初の申込書に記載のリース内容を変更致します。
 - 2.リース料の支払い請求の都度、速やかにお支払い致します。
 - 3.クリーニングをお申込みされる場合は必ず油性マジックでお名前をご記入下さい。経年劣化等に伴い、名前が薄くなる場合もあるため、その都度ご家族でご確認の程よろしく願いいたします。その際の紛失・破損につきましては、保証できかねますのでご了承の程よろしく願いいたします。
- ※請求書は毎月末締め切りの翌月10日以降に配布致します。（月額料金は途中申し込みでも、申し込み月から月額料金が発生し、日割り計算はしておりません。）
支払いは医療機関に一部代行していただいております。

《保険給付外サービスの販売商品一覧》

下記のサービスをご利用された時は、所定の自己負担額が必要となります。

※オムツに関しては介護医療院利用時は請求いたしません。つかぐち病院に入院の際に請求いたします。

商品名	単位	価格（税込）
タオルリースセット（フェイスタオル・バスタオル）	1ヶ月分	1,100円
衣類リース（病衣）	1日分	110円
エプロン	1ヶ月分	800円
保清料（シャンプー・リンス・ボディソープ代）	1ヶ月分	550円
クリーニング代	1ヶ月分	5,500円
散髪代	1回分	3,300円
ティッシュペーパー	1箱	110円
エンゼルセット（ゆかた代）	1枚	3,300円

令和 年 月 日

株式会社 楓商事

私（患者・保証人）は、上記のサービスについての内容を承諾の上、利用を申し込みます。

⑩

利用者名（患者名）

申込者名（保証人）

⑩

利用者との続柄（ ）

※ この同意書は、1階受付へ提出してください。