

医療法人社団 敬祥会  
介護老人保健施設 ケアガーデンさがみ湖

入所 重要事項説明書

### < 1. 事業者の概要 >

- (1) 施設名 介護老人保健施設ケアガーデンさがみ湖
- (2) 開設年月日 平成17年4月1日
- (3) 所在地 神奈川県相模原市緑区寸沢嵐3334-2
- (4) TEL/FAX 042-685-0615/042-685-0603
- (5) 管理者名 棟方 盛彦
- (6) 介護保険指定番号 介護老人保健施設(1451780014号)
- (7) 利用定員 40名 認知症専門棟(個室16室・3人部屋8室)
- (8) 併設サービス 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護  
通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション

### < 2. 施設の職員体制 >

職種	常勤 (兼務)	常勤 (専従)	非常勤 (兼務)	非常勤 (専従)	業務内容	主な勤務体制
医師(兼管理者)		1			診療及び健康管理	日勤8:30~17:30
薬剤師			1		調剤	80人で46時間勤務(80/300)常勤換算0.27以上
支援相談員	1	3			入所相談等相談業務	日勤8:30~17:30 10:00~19:00
介護支援専門員		1			ケアプラン作成	日勤8:30~17:30 10:00~19:00
理学療法士	3		1		リハビリテーション	日勤8:30~17:30
作業療法士			2		リハビリテーション	日勤8:30~17:30
管理栄養士		2			栄養管理と栄養指導	日勤8:30~17:30 10:00~19:00
看護職員		4	16		健康維持と健康管理・看護	早番7:00~16:00 日勤8:30~17:30 夜勤16:20~9:20
介護職員		9		10	日常生活の援助・身辺介護	早番7:00~16:00 日勤8:30~17:30 遅番 夜勤16:20~9:20
事務職員		3			事務業務	日勤8:30~17:30 10:00~19:00

### < 3. サービス内容 >

- ①施設サービス計画の立案・・・ケアマネージャーにより立案させていただきます。
- ②食事・・・入所者の身体状況に応じた食事を提供させていただきます。  
原則として、朝：8時～、昼：12時～、夕：18時～ となっております。
- ③入浴・・・入所者の身体状況等に応じ、一般浴槽・中間浴槽・特別浴槽別に入浴することができます。週2回以上入浴をご利用いただきます。但し、入所者の身体の状態に応じて、清拭や中止となる場合があります。
- ④看護・・・入所者の健康管理をいたします。
- ⑤介護・・・入所者の日常生活上、必要なお手伝いをさせていただきます。
- ⑥機能訓練・・・入所者の身体状況に応じて機能訓練を実施します。
- ⑦理美容・・・月1回ご希望に応じ理美容サービスを実施しております。(料金は自己負担)
- ⑧行政手続代行・・・要介護認定の更新・変更等の代行を行います。

#### < 4. 衣類洗濯について >

業者への依頼による洗濯または、家庭に持ち帰りご家族による洗濯のどちらかになります。

##### 4-1 ご家族による洗濯の場合

・施設では週に2回以上入浴を行います。事前に2回分衣類のご用意をします。ご家族様には衣類を入れるネットを2枚ご購入していただきます。初回、216円ネット代として請求させていただきますので、ご了承ください。

##### 4-2 業者への依頼の場合

・自己負担になります。月末に締め、翌月、利用請求書に含ませて請求させていただきます。料金に関しては、以下の表のようになります。(価格はすべて税抜となっております)

品 目	単価	品 目	単価
ハンカチ	76円	厚手上着 (水洗いできるセーター等)	205円
パンツ	76円	厚手下着 (ジーパン等)	205円
ズボン下	120円	浴衣	205円
シャツ	120円	靴下	45円
タオル小 (フェイスタオル)	120円	手袋	45円
タオル大 (バスタオル)	160円	タオルケット	205円
上着 (トレーナー上着等)	160円	ズボン (トレーナーズボン等)	160円

##### 4-2-1 ご利用方法

紛失等を防止するため「バーコード管理」をさせていただきます。バーコードには施設名とお名前を印字させていただきます。初回の洗濯時の紛失防止のため油性マジック等で衣類に直接お名前を書いていただきますようお願いいたします。

※退所時等、バーコードを取ることは出来ませんので、ご了承ください。

- ① 個人別に指定の袋に入れ、その上に入所者様のお名前を記入します。(施設で行います)  
※2回目以降は、グリーンのパックに入れていただくこととなります。(施設で行います)
- ② 下記の業者が週に3回程(予定)来所して回収いたします。
- ③ 衣類にバーコードを貼らせていただきます。(ついていない衣類のみ)  
洗濯後、ケアガーデンさがみ湖へ返却されます。

委託先	(株)柴橋商会 神奈川県横浜市神奈川区鶴屋町2-11-5 SGビル TEL045-312-5700
-----	--

##### 4-2-2 禁止衣類

・業務用洗濯機及び乾燥機を使用するため、下記の通り一部お受けできない衣類についてはご家族に洗濯を行っていただく事となりますのでご了承ください。

毛(ウール)・絹(シルク)・アセテート・ポリ塩化ビニール・ポリウレタン・アクリル ダマール・その他(ビーズ枕・綿入り半纏・食事用エプロン・靴等)
---

##### 4-2-3 その他

- ① スタート時、バーコード貼付けに時間がかかるため集配サイクルが月曜預かり→金曜戻しとさせていただきます。
- ② 他の施設でバーコード洗濯をご利用されていた方で、衣類に既にバーコードラベルが貼られている場合は、マジックでバーコード部分を消してください。他施設へ搬送されてしまいます。

## < 5. 事故発生時の対応 >

- ① サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は入所者に対し、必要な措置を講じます。
- ② 当施設は、契約者が指定する者（別紙緊急連絡先）及び保険者が指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

## < 6. 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、入所者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。

なお、緊急な場合は、別紙「緊急連絡先」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

協力医療機関	広瀬病院（神奈川県相模原市緑区久保沢2丁目3番16号） 森田病院（神奈川県相模原市緑区三ヶ木627）
協力歯科医療機関	江藤歯科医院（神奈川県相模原市緑区寸沢嵐931）

## < 7. 身体の拘束等 >

- ① 当施設は、サービス提供にあたり入所者又は他の入所者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き（車椅子やベッドに胴や四肢を縛る・上肢を縛る・ミトン型の手袋をつける・腰ベルトやY字型抑制帯をつける・介護衣（つなぎ服）を着せる・車椅子テーブルをつける・ベット柵を4本つける・居室の外から鍵をかける・向精神薬を過度に使用する等）の方法による身体拘束を行いません。
- ② 「身体拘束」を行う場合の手続き
  - 緊急やむを得ない状況が発生し、「身体拘束」を行う場合は以下の手続きにより行います。
  - 1、 第一に他の代替策を検討します。
  - 2、 実施にあたっては、必要最小限の方法、時間、期間、実施方法の適正、安全性、経過確認の方法について検討を行います。
  - 3、 事前もしくは事後すみやかに施設長の判断を仰ぎます。
  - 4、 事前もしくは事後すみやかに家族等に連絡をいたします。
  - 5、 事前もしくは事後すみやかに、施設長・ケアワーカー・看護師・介護支援専門員・管理栄養士・生活相談員・家族等の参加する緊急カンファレンスを開催し、「身体拘束」の理由、治療及び対応方針を確認し、ケアプランを作成します。
  - 6、 実施にあたっては、別紙の通り検討事項の内容、カンファレンスの内容等の記録を作成します。
  - 7、 身体拘束を行った場合は、その状況についての経過記録の整備を行いできるだけ早期に拘束を解除するよう努力をします。

## < 8. 注意事項等 >

面会時間	月曜日～金曜日・祝日	1日5組 要予約	10:00・11:00 14:00・15:00
	休止日 / 土曜日・日曜日		16:00で予約受け付けます。
外出・外泊	<p>ご希望の場合は、事前に所定の届け出をして下さい。ただし、届け出を出された場合でも利用者様の健康状態等の医療的判断により、お断りさせていただく場合があります。</p> <p>外出・外泊の時間については、面会時間と同様に月曜日～土曜日・祝日は9:00～17:15でお願い致します。なお、冠婚葬祭等の場合で、この時間帯の対応が困難な場合は、別途ご相談させていただきますが、早朝・深夜のご対応</p>		

	<p>はお断りさせていただく場合もあります。また、外出・外泊における送迎ですが、基本は契約者（身元引受人）または、契約者をご了解された方（ご親族様等）にて付添のご対応をお願いしますが、介護タクシー等をご利用になる場合でも、利用者様の安全確保を最優先とさせていただくため、契約者等の付添をよろしくをお願いします。</p>
受診の注意	<p>入所者の病状からみて、介護老人保健施設では必要な医療を提供することが困難な場合は、保険医療機関の医療を受けていただくことになります。他医療機関にかかる場合は、当施設からの診療状況に関する情報を記した文書（診療情報提供書）を交付しますので、医療機関の医師にお渡しいただきますようお願いいたします。</p> <p>医療機関の診療を受けた際、診療内容が医療保険請求される場合がありますので、ご本人またはご家族様が一部負担金を支払うこととなります。</p>
薬について	<p>入所期間中の薬は、当施設が処方いたします。ご本人様の症状によって服薬内容を変更する場合もございますのでご了承ください。</p>
オムツについて	<p>入所期間中のオムツについては、当施設が負担いたします。</p>
居室変更について	<p>他入所者の状態によりお部屋の移動をお願いすることもございますので、ご協力をお願いいたします。（他入所者との相性等により、お部屋の移動をさせていただくこともございますのでご了承ください。）</p>
入院時の扱い	<p>入院となった場合は退所扱いとなります。退院に伴って再入所される場合は自動契約となりますのでご了承ください。<u>入所者が入院された際は残置物の引き取りをお願いします。室料が継続して発生致しますので重ねてご了承ください。</u></p>
利用の見直し	<p>介護老人保健施設は中間施設との位置づけになります。3ヶ月毎に利用についての見直しをさせていただいており、長期間のご利用はできない施設となっておりますのでご了承ください。</p>
自宅訪問について	<p>入所期間が1月を越えると見込まれる場合、当施設の理学療法士・作業療法士が退所後生活する自宅を訪問し今後の生活に必要なリハビリ計画や介護支援専門員の施設サービス計画の策定及び診療方針の決定を行うため、訪問調査をさせていただきます。</p>
食品等の持込について	<p>原則食品等の持込は禁止させて頂いております。食品等を持ち込まれた際は、職員にお声かけください。入所者の健康管理上、食中毒・感染予防等の防止のため、入所者の飲食について把握させていただく必要がありますので、ご協力をお願いいたします。制限食等がある場合は、お断りさせていただく場合もございます。</p>
金銭・物品等について	<p>当施設では、金銭・貴重品等のお預かりはしておりません。また、ご親類・ご友人関係等の方が、直接入所者に金銭・物品等をお渡しすることもお断りさせていただいております。ご本人に直接お渡しした際の紛失については、施設では責任を負いかねますのでご了承ください。</p>
喫煙について	<p>当施設は、禁煙となっておりますのでご了承ください。</p>

## < 9. 守秘義務及び個人情報の保護 >

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員でな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個人情報を漏らすことがないよう指導教育を適宜行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとします。

## < 10. 職員の質の確保 >

施設職員の資質向上のために、その研修の機会を確保します。

- 1、採用時研修 採用後 3 ヶ月以内
- 2、継続研修 年 2 回

## < 11. 要望または苦情の申し出 >

当施設はその提供したサービスに関する契約者等からの要望または苦情に対して、要望または苦情を受け付ける窓口を設置して誠実に対応するものとします。

支援相談員：清水 裕美（入退所を担当）

TEL 042-685-0615 / FAX 042-685-0603

その他受付機関

相模原市役所 福祉基盤課	TEL 042-769-9226(直通) FAX 042-759-4395
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険部介護苦情相談課	TEL 045-329-3447 FAX 0570-033-110

## < 12. 非常災害対策 >

防災設備	スプリンクラー設備・消火器・消火栓・防火戸・防火シャッター・自動火災報知設備・非常通報装置・誘導灯・避難階段等
避難訓練	年 2 回（防火訓練・地震訓練・風水害訓練）

## < 1 3 . 利用料金

### 1 3 - 1 介護保険サービス費（基本型）（1日あたり）

従来型多床室（基本単位（2）＋居住費（3）＋食費（4））（地域加算：1単位＝10.54円）							
	1 段階	2 段階	3 段階		4 段階		
			①	②	1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護度 1	1,218	1,948	2,348	2,648	3,407	4,325	5,243
介護度 2	1,728	2,028	2,428	2,728	3,487	4,485	5,483
介護度 3	1,369	2,099	2,499	2,799	3,558	4,627	5,695
介護度 4	1,430	2,160	2,560	2,860	3,619	4,749	5,879
介護度 5	1,486	2,216	2,616	2,916	3,675	4,861	6,046
（単位：円）							
(2)基本単位：1日分（在宅強化型）							
区 分	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5		
ユニット個室	871	947	1,014	1,072	1,125		
1 割負担	918	998	1,069	1,130	1,186		
2 割負担	1,836	1,996	2,138	2,260	2,372		
3 割負担	2,754	2,994	3,206	3,390	3,557		
（単位：円）							
(3) 居住費：1日分							
区 分	1 段階	2 段階	3 段階	4 段階			
ユニット型個室	0	430	430	559			
（単位：円）							
(4) 食費：1日分							
区 分	1 段階	2 段階	3 段階①	3 段階②	4 段階		
ユニット型個室	300	600	1,000	1,300	1,930		
（単位：円）							
従来型個室（基本単位（2）＋居住費（3）＋食費（4））（地域加算：1単位＝10.54円）							
	1 段階	2 段階	3 段階		4 段階		
			①	②	1 割負担	2 割負担	3 割負担
介護度 1	1,681	1,981	3,201	3,501	5,261	6,091	6,922
介護度 2	1,760	2,060	3,280	3,580	5,340	6,249	7,159
介護度 3	1,828	2,128	3,348	3,648	5,408	6,386	7,364
介護度 4	1,888	2,188	3,408	3,708	5,468	6,506	7,545
介護度 5	1,946	2,246	3,466	3,766	5,526	6,622	7,718
（単位：円）							
(2)基本単位：1日分（在宅強化型）							
区 分	要介護度 1	要介護度 2	要介護度 3	要介護度 4	要介護度 5		
ユニット個室	788	863	928	985	1,040		
1 割負担	831	910	978	1,038	1,096		
2 割負担	1,661	1,819	1,956	2,076	2,192		
3 割負担	2,492	2,729	2,934	3,115	3,288		
（単位：円）							
(3) 居住費：1日分							
区 分	1 段階	2 段階	3 段階	4 段階			
ユニット型個室	550	550	1,370	2,500			
（単位：円）							
(4) 食費：1日分							
区 分	1 段階	2 段階	3 段階①	3 段階②	4 段階		
ユニット型個室	300	600	1,000	1,300	1,930		
（単位：円）							

第1段階～第3段階に該当する方は、各市町村にて申請を行ってください。後日、負担限度額認定証が送付されますので施設に提示して下さい。(提示されない場合は4段階料金の請求となります)

13-2 加算 (利用者負担：1日当たり) 1単位 10.54円

加算名		単位数	1割負担	2割負担	3割負担
※1	初期加算 (入所後 30 日以内)	30 単位	32 円	64 円	95 円
※2	認知症ケア加算	76 単位	81 円	161 円	241 円
※3	栄養マネジメント加算	14 単位	15 円	30 円	45 円
※4	療養食加算	6 単位	7 円	13 円	19 円
※5	口腔衛生管理体制加算	30 単位	32 円	64 円	95 円
※6	口腔衛生管理加算	90 単位	95 円	190 円	664 円
※7	経口移行加算	28 単位	30 円	59 円	89 円
※8	経口維持加算 (Ⅰ)	400 単位	422 円	844 円	1,265 円
	経口維持加算 (Ⅱ)	100 単位	106 円	211 円	317 円
※9	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	240 単位	253 円	506 円	759 円
※10	外泊加算	362 単位	382 円	763 円	1,145 円
※11	入所前後訪問指導加算 (Ⅰ)	450 単位	475 円	949 円	1,423 円
	入所前後訪問指導加算 (Ⅱ)	480 単位	506 円	1,012 円	1,518 円
※12	退所前連携加算	500 単位	527 円	1,054 円	1,581 円
※13	試行的退所時指導加算	400 単位	422 円	844 円	1,265 円
※14	退所時情報提供加算	500 単位	527 円	1,054 円	1,581 円
※15	退所前連携加算	500 単位	527 円	1,054 円	1,581 円
※16	訪問看護指示加算	300 単位	317 円	633 円	949 円
※17	緊急時治療管理	518 単位	546 円	1,092 円	1,638 円
※18	特定治療	医療保険による請求			
※19	所定疾患施設療養費 (Ⅰ)	239 単位	252 円	504 円	756 円
	所定疾患施設療養費 (Ⅱ)	480 単位	506 円	1,012 円	1,518 円
※20	サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	6 単位	7 円	13 円	19 円
※21	介護職員処遇改善加算	基本単位、各種加算、減算を加えて算定した単位の 39/1,000			
※22	かかりつけ医連携調整加算	125 単位	132 円	264 円	396 円
※23	排せつ支援加算	100 単位	106 円	211 円	317 円
※24	褥瘡マネジメント加算	10 単位	11 円	21 円	32 円
※25	低栄養リスク改善加算	300 単位	317 円	633 円	949 円
※26	再入所時栄養連携加算	400 単位	422 円	844 円	1,265 円
※27	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	34 単位	36 円	72 円	108 円
※28	夜勤職員配置加算	24 単位	26 円	51 円	76 円
※29	在宅サービスを利用した時の費用	800 単位	844 円	1,687 円	2,530 円
※30	身体拘束廃止未実施減算	10%/日減算			
※31	ターミナルケア加算 (死亡日以前 31 日～45 日以下)	80 単位/日	85 円	169 円	253 円

	ターミナルケア加算 (死亡日以前4日～30日以下)	160 単位/日	169 円	338 円	506 円
	ターミナルケア加算 (死亡日以前2日～3日以下)	820 単位/日	896 円	1,792 円	2,688 円
	ターミナルケア加算 (死亡日)	1,650 単位/日	1,792 円	3,584 円	5,376 円
※32	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)	算定単位数の1,000分の21算定			
	介護職員等ベースアップ等支援加算	算定単位数の1,000分の8算定			
※33	科学的介護推進体制加算Ⅱ	60 単位/月	64 円	127 円	190 円
※34	排せつ支援加算Ⅰ	10 単位/月	11 円	22 円	32 円
※35	排せつ支援加算Ⅱ	15 単位/月	16 円	32 円	48 円
※36	褥瘡マネジメント加算Ⅰ	3 単位/月	4 円	7 円	10 円
※37	褥瘡マネジメント加算Ⅱ	13 単位/月	14 円	28 円	42 円
※38	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ	51 単位/日	54 円	105 円	156 円
※39	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ	51 単位/日	54 円	105 円	156 円

#### 加算内容の説明

- ※1. 入所日から起算して30日以内の期間において、算定されます。
- ※2. 2階の認知症専門棟を利用されている方が対象となります。
- ※3. 入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種協働により栄養ケアマネジメントをします。
- ※4. 医師の指示せんに基づき療養食（医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・胃潰瘍食・貧血食・膵臓病食・高脂血症食・痛風食、及び特別な場合の検査食）を提供した場合に算定されます。
- ※5. 歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を月1回以上行っている場合に算定。
- ※6. 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2回以上行った場合に算定。ただし、この場合において、口腔衛生管理体制加算を算定していない場合は算定しない。
- ※7. 経管により食事を摂取する入所者について、経口摂取を進めるために、医師の指示に基づく栄養管理を行う場合に180日を限度として算定します。ただし、経口摂取が一部可能な方であって、医師の指示に基づき、継続して経口による食事の摂取に移行するための栄養管理が必要とされるものについては、引き続き算定することができます。
- ※8. 経口維持加算(Ⅰ)については、現に経口により食事を摂取する者であって、摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、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、食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成している場合であって、医師又は歯科医師の指示(歯科医師が指示を行う場合にあつては、当該指示を受ける管理栄養士等が医師の指導を受けている場合に限る。)に基づき管理栄養士等が栄養管理を行った場合、1月につき算定。

経口維持加算(Ⅱ)については、当該施設が協力歯科医療機関を定めている場合であり、経口維持加算(Ⅰ)において行う食事の観察及び会議等に、医師(人員基準に規定する医師を除く。)、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(Ⅰ)に加えて、1月につき算定。経口維持加算(Ⅰ)は、栄養マネジメント加算を算定していない場合は、算定しない。経口維持加算(Ⅱ)は、経口維持加算(Ⅰ)を算定していない場合は、算定しない。

- ※9. 認知症と医師が判断して、リハビリテーションにより生活機能の改善が見込まれると判断された場合、入所日から起算して3ヶ月以内の期間に集中的に理学療法士、作業療法士がリハビリテーションを個別に行った場合、1週間に3日を限度として算定します。
- ※10. 外泊された場合、施設サービス費に変えて算定します。1ヶ月に6日を限度とし算定します。
- ※11. 入所期間が1月を越えると見込まれる者の入所予定日前30日以内または入所後7日以内に利用者が退所後生活する居宅を訪問し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なった場合に、入所中1回を限度として算定されます。  
利用者が退所後にその居宅ではなく、他の社会福祉施設等に入所する場合であって、その利用者の同意を得て、その社会福祉施設等を訪問し、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なった場合も同様に算定されます。
- ※12. 入所期間が1ヶ月を超えると見込まれる入所者の退所に先立って当該入所者が退所後生活する居宅を訪問し、当該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、入所中1回(入所後早期に退所前訪問指導の必要があると認められる入所者にとっては2回)を限度として算定し、入所者の退所後30日以内に当該入所者の居宅を訪問し、当該入所者及びその家族等に対して療養上の指導を行った場合に退所後1回を限度として算定されます。
- ※13. 入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所時に、当該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、入所者1人につき1回を限度として算定されます。
- ※14. 入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該契約者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者の紹介を行った場合、入所者一人につき1回を限度に算定されます。
- ※15. 入所期間が1ヶ月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合において、当該入所者の退所に先立って当該利用者が利用を希望する指定居宅介護支援事業所に対して、当該契約者の同意を得て、当該入所者の診療状況を示す文書を添えて当該入所者に係る居宅サービスに必要な情報を提供し、かつ、当該指定居宅介護支援事業所と連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合、入所者一人につき1回を限度に算定されます。
- ※16. 入所者の退所時、当施設の医師が、診療に基づき、指定訪問看護が必要であると認め、当該利用者の選定する指定訪問看護ステーションに対して、当該契約者の同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に、入所者一人につき1回を限度として算定されます。
- ※17. 入所者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となり、緊急的な治療管理としての投薬・検査・注射・処置等を行った場合に、1人1ヶ月に1回、3日を限度として算定されます。
- ※18. やむを得ない事情がある場合に、簡易であり、日常的に行なわれるとされたもの以外のリハ

ビリテーションや処置、手術等を行なうことができます。この時は、医科点数表にしたがって費用を算定します。

※19. 利用者の肺炎、尿路感染、带状疱疹（抗ウイルス剤の点滴注射を必要とするものに限る）について、投薬・検査・注射・処置等を行なった場合に、同一の利用者につき1月に1回連続する7日間を限度として算定されます。ただし、緊急時治療管理を算定した日は算定しない。

※20. サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イは介護福祉士が60%以上配置されている場合算定します。サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロは介護福祉士が50%以上配置されていると届けられている場合算定します。サービス提供体制強化加算（Ⅱ）は常勤職員が75%以上配置されていると届けられている場合算定します。サービス提供体制強化加算（Ⅲ）は3年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合算定します。

※21. イ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）・・・次の①～⑧のいずれも適合すること。

①退職手当を除く介護職員の賃金の改善に要する費用の見込み額が介護職員処遇改善加算の算定見込額を上回る賃金改善に関する計画を策定し、当該計画に基づいて適切な措置を講じていること。

②指定介護老人保健施設において、①の賃金改善計画、当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の介護職員の処遇改善の計画等を記載した介護職員処遇改善計画書を作成し、全ての介護職員に周知し、市長に届け出ていること。

③介護職員処遇改善加算の算定額に相当する賃金改善を実施すること。

④指定介護老人保健施設において、事業年度ごとに介護職員の処遇改善に関する実績を相模原市長に報告すること。

⑤算定日が属する月の前12月間において、労働基準法、労働者災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法、その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていないこと。

⑥指定介護老人保健施設において、労働保険料の納付が適正に行われていること。

⑦次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1)介護職員の任用の際における職責または職務内容の要件（賃金も含む。）を定めていること。

(2)(1)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

(3)介護職員の資質の向上支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施または研修機会を確保していること。

(4)(3)について全ての介護職員に周知していること。

(5)介護職員の経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。

(6)(5)の要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること。

⑧平成27年4月から②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該介護職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。

ロ 経営状況等を理由に事業の継続が著しく困難となった場合であって、介護職員の基準水準（本加算による賃金改善分を除く。）を見直した上で賃金改善を行う場合には、その内容について市長に届け出ること。

ハ 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）イ①から⑥まで、⑦(1)から(4)まで及び⑧に掲げる基準のい

ずれにも適合すること。

ニ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）・・・次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

①イの①から⑥までに掲げる基準に適合すること。

②次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

(1)次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の任用における職責又は職務内容等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

b aの要件について書面をもって作成し、全ての介護職員に周知していること

(2)次に掲げる要件の全てに適合すること。

a 介護職員の資質の向上の支援に関する計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保していること。

③平成20年10月からイ②の届出の日の属する月の前月までに実施した介護職員の処遇改善の内容（賃金改善に関するものを除く。）及び当該職員の処遇改善に要した費用を全ての職員に周知していること。

ホ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）・・・イの①～⑥の全てに適合し、かつ、ハの②又は③のいずれかに適合すること。

ヘ 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）・・・イの①～⑥の全てに適合すること。

※22. 次に掲げるいずれかの基準にも適合する入所者に対し、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当該入所者1人につき1回を限度として、当該入所者の退所時に加算する。

イ 6種類以上の内服薬が処方されており、当該処方の内容を介護老人保健施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、総合的に評価及び調整し、当該入所者に処方する内服薬を減少させることについて当該介護老人保健施設の医師と当該主治の医師が合意している者

ロ 当該合意された内容に基づき、介護老人保健施設の医師が、当該入所者に処方する内服薬について、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べ1種類以上減少させた者

ハ 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に比べ1種類以上減少している者

※23. 排泄に介護を要する利用者（※1）のうち、身体機能の向上や環境の調整等によって排泄にかかる要介護状態を軽減できる（※2）と医師、または適宜医師と連携した看護師（※3）が判断し、利用者もそれを希望する場合、多職種が排泄にかかる各種ガイドライン等を参考として、

・排泄に介護を要する原因等についての分析

・分析結果を踏まえた支援計画の作成及びそれに基づく支援

を実施することについて、一定期間、高い評価を行う。

（※1）要介護認定調査の「排尿」または「排便」が「一部介助」または「全介助」である場合等。

（※2）要介護認定調査の「排尿」または「排便」の項目が「全介助」から「一部介助」以上に、または「一部介助」から「見守り」以上に改善することを目安とする。

（※3）看護師が判断する場合は、当該判断について事前又は事後の医師への報告を要することとし、利用者の背景疾患の状況を勘案する必要がある場合等、事前の医師への

相談を要することとする。

- ※24. ① 入所者全員に対する要件  
入所者ごとの褥瘡の発生に係るリスクについて、「介護保険制度におけるサービスの質の評価に関する調査研究事業」において明らかになったモニタリング指標を用いて、施設入所時に評価するとともに、少なくとも3月に1回、評価を行い、その評価結果を提出すること。
- ② ①の評価の結果、褥瘡の発生に係るリスクがあるとされた入所者に対する要件
- ・関連職種の者が共同して、入所者ごとに褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成すること。
  - ・褥瘡ケア計画に基づき、入所者ごとに褥瘡管理を実施すること。
  - ・①の評価に基づき、少なくとも3月に1回、褥瘡ケア計画を見直すこと。
- ※25. ○ 栄養マネジメント加算を算定している施設であること
- 経口移行加算・経口維持加算を算定していない入所者であること
  - 低栄養リスクが「高」の入所者であること
  - 新規入所時又は再入所時のみ算定可能とすること
  - 月1回以上、多職種が共同して入所者の栄養管理をするための会議を行い、低栄養状態を改善するための特別な栄養管理の方法等を示した栄養ケア計画を作成すること（作成した栄養ケア計画は月1回以上見直すこと）。また当該計画については、特別な管理の対象となる入所者又はその家族に説明し、その同意を得ること
  - 作成した栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等は対象となる入所者に対し食事の観察を週5回以上行い、当該入所者ごとの栄養状態、嗜好等を踏まえた食事・栄養調整等を行うこと
  - 入所者又はその家族の同意を得られた日の属する月から起算して6か月以内の期間に限るものとし、それを超えた場合においては、原則として算定しないこと
- ※26. ○ 介護保険施設の入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合（経管栄養又は嚥下調整食の新規導入）であって、介護保険施設の管理栄養士が当該医療機関での栄養食事指導に同席し、再入所後の栄養管理について当該医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し、当該介護保険施設へ再入所した場合に、1回に限り算定できること。
- 栄養マネジメント加算を算定していること。
- ※27. ・在宅復帰率が30%超であること
- ・退所後30日以内（要介護4・5の場合は14日以内）に居宅を訪問し、又は指定居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、当該退所者の居宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること
  - ・ベッド回転率が5%以上であること
- ※28. ○ 施設で人員基準+1以上の介護・看護職員を夜間に配置。
- ※29. ○ 入所者であって、退所が見込まれる者をその居宅において試行的に退所させ、介護老人保健施設が居宅サービスを提供する場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき800単位数を算定する。ただし、試行的な退所に係る初日及び最終日は算定せず、外泊時費用に掲げる単位を算定する場合は算定しない。
- ※30. ○ 施設において身体拘束等が行われていた場合ではなく、老健条例第15条第5項の記録（同条第4項に規定する身体拘束等を行う場合の記録）を行っていない場合及び同条第6項規定する措置を講じていない場合に、入所者全員について所定単位数から減算す

る。

- ※31. ○ 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者の状態 又は家族の求め等に応じ随時、本人 又はその家族への 説明を行い、同意を得て、ターミナルケアが行われていることを条件 に介護療養型老人保健施設においては、死亡日については1,700単位、死亡前日～前々 日については850単位、死亡4日～30日前については160単位、死亡31日～45日前 については80単位を加算する
- ※32. ○ (1) 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）のいずれかを算定している。  
(2) 介護職員等特定処遇改善加算計画書届出の前月までに、平成31年4月12日付、老 発0412第8号通知12項の表3に掲げる「資質の向上」、「労働環境・処遇の改善」「その 他」の3区分ごとに1以上の処遇改善を実施し、すべての職員に周知している。  
(3) 特定加算の取得状況及び賃金以外の処遇改善に関する具体的な取り組み内容につい てインターネットの利用その他の適切な方法により公表している（2020年度より実施で 可）。  
(4) 特定加算の算定額に相当する職員の賃金改善計画を定めて実施する。なお、職員の 賃金改善計画は、3.分配要件を満たす。  
①当該計画に係る実施期間及び実施方法その他の当該事業所の職員の処遇改善の計画 等を記載した介護職員等特定処遇改善企画書を作成し、全職員に周知し、都道府県知事又 は市区町村長に届け出ている。  
②事業年度ごとに「介護職員等特定処遇改善実績報告書」を都道府県知事に提出し、 2年間保管する。  
③特別の事情がある場合を除き、賃金水準を低下させてはならない。  
(5) サービス提供体強化加算（Ⅰ）イを算定している。
- ※32 ○ 介護職員処遇改善加算の1～3のいずれかを取得している事業所・施設であること。 補助金の全額を賃金改善に充てること。かつ、賃金改善の合計額の3分の2以上をベース アップ（「基本給」または「決まって毎月支払われる手当」の引き上げ）に充てること。
- ※33 ○ 加算の算定を開始しようとする月から6月ごとに厚生労働省のデータベース「LIFE」 に、利用者全員の指定された情報を提出していく体制の加算
- ※34 ○ 排泄に介護を要する原因について分析の上、支援計画を作成します。
- ※35 ○ 排泄に介護を要する原因について分析の上、支援計画を作成します。
- ※36 ○ 入所時より3カ月おきに褥瘡発生リスクについて評価を行います。
- ※37 ○ 入所時より3カ月おきに褥瘡発生リスクについて評価を行います。
- ※38 ○ 加算型で在宅復帰等に関する条件を満たしている場合。
- ※39 ○ 在宅強化型で在宅復帰等に関する条件を満たしている場合。

ティッシュペーパー	1箱	100円	健康管理費 (インフルエンザ予防接種費等)	実費
歯ブラシ	1本	180円	特別な食費	実費
歯みがき粉	1個	250円	電気代(※1)	1点1日 150円
T字型ヒゲソリ	1本	35円	診断書作成料	実費
カミソリ(本体)	1本	1,200円	請求書再発行料	1通 1,000円
カミソリ(替え刃)	1箱	2,100円	領収書再発行料	1通 1,000円
入れ歯洗浄剤	1シート	50円	その他文書作成料	1通 1,000円
入れ歯容器	1個	200円	コピー機使用料(モノカ)	1枚 10円
エンゼルケア		30,000円	クラブ活動利用費	実費
日常生活費 (飲み物代)	1杯	50円	レクリエーション 材料費	実費
理美容	1回	2,000円	コピー機使用料(カラー)	1枚 50円
教養娯楽費	実費		洗濯代(家族) ネット2枚	初回 216円
洗濯代(業者)	実費			
レンタルテレビ代	1日	50円		

※1 テレビやパソコン・電話等の通信機器の持ち込みや、当施設設置のテレビの使用の有無を問わず電気代が発生します。持ち込まれた際は、お知らせください。

### 13-3 その他の料金：介護保険対象外サービス（自己負担）

#### 13-4 お支払いについて

月ごとの精算とし、毎月末で締め、翌月10日頃に請求します。請求月の25日までに口座振込み、または口座引き落とし、どちらかをお選びしてお支払いください。なお、銀行振り込み手数料及び口座引き落とし手数料は、ご利用者負担となりますのでご了承ください。

また、当施設では料金の入金を確認しましたら、領収書を発行します。再発行はいたしませんので大切に保管してください。

#### 13-5 医療費控除について

介護保険サービスを利用された方でも、医療費控除の対象となります。申告される際は、領収書が必要となりますので、大切に保管してください。

老人保健施設で対象となるのは、介護保険1割負担分（負担割合証2割の方は介護保険2割負担分、負担割合証3割の方は介護保険3割負担分）、居住費、食費が該当となります。

### 14 所持品、備品等の持ち込み

介護用品等をお持ち込みになる場合には、他利用者と区別がつかますように氏名等の記入をお願いします。カミソリ、ナイフ等の刃物は持参しないでください。また、高額な金品につきましては原則持ち込みを禁止とさせていただきますが、やむを得ない場合は自己責任とさせていただきます。

### 15 禁止事項

当施設では「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

# 個人情報保護方針

介護老人保健施設ケアガーデンさがみ湖（以下ケアガーデンさがみ湖という）における個人情報保護方針について、以下のとおり「個人情報保護方針」を定めその保護に努めます。

## ○ 個人情報の取得について

- ・ ケアガーデンさがみ湖は、個人の人格尊重の理念のもとに、関係法令等を遵守し、実施するあらゆる事業において個人情報を慎重に取り扱います。
- ・ 個人情報の取得は適法かつ公正な手段によって行います。

## ○ 個人情報の利用について

- ・ 取得する個人情報の利用目的をできるだけ特定し明らかにします。
- ・ 個人情報の利用は、利用目的の範囲内で、具体的な業務に応じて権限を有する者が、業務上必要な範囲内で行います。
- ・ 個人情報を仁正会で共同利用する場合は、利用目的などの必要事項をできるだけ特定し明らかにします。

## ○ 個人情報の第三者への開示・提供について

- ・ 以下の場合を除き、ご本人様・身元保証人・家族等の同意を得ることなく個人情報を第三者に開示・提供することはいたしません。
  - (1) 個人を識別することができない状態で開示・提供する場合
  - (2) 業務上必要な範囲内で、医療機関・福祉事業所・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に開示・提供する場合。
  - (3) 法令等によって開示・提供が求められた場合。

## ○ 個人情報の管理について

- ・ 個人情報に対する不正アクセス、個人情報の紛失、改ざん、漏洩などを防止するため、適切な安全対策を講じます。
- ・ 個人情報の処理を外部へ委託する場合は、委託先と安全管理措置の内容を含む適切な契約を締結するなど必要な措置を講じます。
- ・ 個人情報の取扱いに関する規定を定め着実に実行するとともに、継続的に見直し、改善していきます。

## ○ 個人情報の開示、訂正、利用停止などについて

- ・ 自己の個人情報について、開示、訂正、利用停止などの要請があった場合には、ご本人であることを確認の上で対応いたします。なお、個人情報に関するお問合せは、各事業所の管理者・サービス提供責任者または、「相談・要望・苦情の窓口」でお受けいたします。

## ○ 法令等の遵守

- ・ 個人情報の取扱いに関係する法令その他の規範を遵守するとともに、個人情報保護方針の内容を継続的に見直し改善に努めます。

令和元年 10 月 1 日  
医療法人社団敬祥会  
理事長 大池 茂保

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私及び身元保証人は、介護老人保健施設ケアガーデンさがみ湖が、私及び、身元保証人・家族の個人情報を下記の利用目的で必要最低限の範囲で使用・提供又は、収集することに同意します。

### 1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

### 2 利用目的

- (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及び、主治医等の意見を求める必要がある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議・サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず緊急を要する時の連絡等の場合

### 3 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外に決して利用しない。また、利用者様とのサービス利用に関わる契約の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。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについても経過を記録し、請求があれば開示する。

## 肖像権の使用について

入所者が介護老人保健施設ケアガーデンさがみ湖に入所されている間に、記録・記念写真を撮影する場合があります。撮影した写真は施設内に掲示や施設を広報するための制作物等として使用させて頂く場合があります。つきまして、ご本人様もしくは、保証人の許可を得たうえで使用致します。

上記の「個人情報の使用に係る同意書」に（ 承諾する ・ 承諾しない ）  
「肖像権の使用について」に （ 承諾する ・ 承諾しない ）

老人保健施設サービス提供の開始に際し、入所者若しくは契約者に対して契約書及び重要事項について文書を交付し、説明を行いました。

事業者  
＜事業者名＞ 医療法人社団 敬祥会  
介護老人保健施設 ケアガーデンさがみ湖  
(指定事業者番号 神奈川県 1451780014 号)  
＜住所＞ 神奈川県相模原市緑区寸沢嵐 3334-2

＜代表者＞ 理事長 大池 茂保 ⑩

令和	年	月	日 (説明日)
説明者	清水	裕美	⑩

上記の契約を証するために、本書を2通作成し、入所者・当施設が署名押印の上、各1通ずつ保有します。

私は契約書及び重要事項について、事業者から老人保健施設サービスの利用について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

令和 年 月 日

＜入所者＞ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

＜契約者＞ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

＜連帯保証人＞ 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

※連帯保証人は契約者とは別の世帯の方をご記入ください。

※契約者・連帯保証人は各々ご本人が必ずご署名お願いします。