

**介護老人保健施設青森ナーシングライフ**  
**短期入所療養介護 重要事項説明書**

**1 青森ナーシングライフの概要**

(1) 当施設の概要

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| 事業所名  | 介護老人保健施設 青森ナーシングライフ          |
| 所在地   | 青森市大字矢田前字弥生田47番地の2           |
| 電話番号  | 017-726-5211                 |
| FAX番号 | 017-726-9600                 |
| 入所定員  | 100名（長期入所を含む）                |
| 事業所番号 | 介護老人保健施設（指定事業所番号 0250180007） |

(2) 職員体制

| 職種               | 資格      | 常勤  | 非常勤 | 合計  | 業務内容  |
|------------------|---------|-----|-----|-----|---|
| 施設長              | 医師      | 1名  | 0名  | 1名  | 施設業務の統率管理。  |
| 医師               | 医師      | 1名  | 0名  | 1名  | 病状及び心身の状況に応じた日常的な医学的対応。                             |
| 看護師              |         | 10名 | 4名  | 14名 | 医師の指示に基づいた服薬管理、検温、血圧測定等の医療行為。また利用者の施設サービス計画に基づいた看護。 |
|                  | 正看護師    | 7名  | 2名  | 9名  |   |
|                  | 准看護師    | 3名  | 2名  | 5名  |   |
| 介護職員             |         | 30名 | 2名  | 32名 | 入浴、排泄、食事等の生活全般にわたる援助。                               |
|                  | 介護福祉士   | 29名 | 0名  | 29名 |   |
|                  | 実務者研修   | 1名  | 0名  | 1名  |   |
|                  | 資格なし    | 0名  | 2名  | 2名  |   |
| リハスタッフ<br>(兼務含む) |         | 9名  | 2名  | 11名 | 心身の状況に応じて理学・作業・言語聴覚療法、その他必要なリハビリテーションを実施            |
|                  | 理学療法士   | 5名  | 2名  | 7名  |   |
|                  | 作業療法士   | 3名  | 0名  | 3名  |   |
|                  | 言語聴覚士   | 1名  | 0名  | 1名  |   |
| 薬剤師              |         | 0名  | 1名  | 1名  | 薬剤の管理及び指導。  |
| 支援相談員<br>(兼務含む)  |         | 4名  | 0名  | 4名  | 利用者や家族との相談や必要な助言等の援助。                               |
| 介護支援専員<br>(兼務含む) | 介護支援専門員 | 3名  | 0名  | 3名  | 施設サービス計画原案の作成と要介護認定及び要介護認定更新の申請手続き。                 |
| 栄養士              | 栄養士     | 1名  | 0名  | 1名  | 栄養指導と食品及び衛生管理。また調理員の指揮監督。                           |
| 管理栄養士            | 管理栄養士   | 0名  | 0名  | 0名  |   |
| 調理員              |         | 9名  | 0名  | 9名  | 食品及び衛生管理と調理業務。                                      |
|                  | 調理師     | 7名  | 0名  | 7名  |   |
|                  | 資格なし    | 2名  | 0名  | 2名  |   |
| 事務員              |         | 4名  | 0名  | 4名  | 庶務及び会計業務。   |

|       |  |    |    |    |                            |
|-------|--|----|----|----|----------------------------|
| 運転手   |  | 4名 | 0名 | 4名 | 交通安全に留意した利用者の受診や送迎業務。      |
| 歯科衛生士 |  | 1名 | 0名 | 1名 | 歯科医師の指示に基づき入所者に対して口腔ケアの実施。 |

### (3) 設備の概要

|     |                                  |      |    |  |
|-----|----------------------------------|------|----|--|
| 居室  | 4人部屋19室・2人部屋6室・2人部屋特室4室・1人部屋特室4室 |      |    |  |
| 食堂  | 2階、3階 各1室                        | 医務室  | 1室 |  |
| 浴室  | 一般浴槽室2室・特別浴槽室1室                  | 理美容室 | 1室 |  |
| 訓練室 | 1室                               | 談話室  | 1室 |  |
| トイレ | 2階、3階 各2ヶ所                       |      |    |  |

## 2 運営方針（短期入所療養介護）

- ・利用者様の有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう、短期入所療養介護計画に基づいて機能訓練や必要とされる医療及びケアを行います。
- ・当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるとともに、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。やむを得ず拘束する場合は、医師の指示の下に、利用者及び身元保証人等の同意を得て実施するとともに、その態様、経過、心身の状況及び緊急やむを得ない理由を診療録に記録します。
- ・当施設では、地域や家庭との結びつきを重視し、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他保健医療福祉サービス提供者等と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- ・サービス提供にあたっては、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいよう懇切丁寧に説明を行うとともに、利用者の同意を得たうえで実施します。
- ・当施設が得た利用者の個人情報については、当施設でのサービス提供にかかわる以外の使用は原則として行いません。また外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族の了解を得ることとします。

## 3 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用のために

- ①施設にある書類（申込書、診断書、契約書等）の手続きが必要です。
- ②施設利用にあたっては、空床状況、病状、認知症の状態やその他の支障があると判断した場合はお断りすることもあります。その際は他の施設や病院の紹介等、ご相談に応じます。

### (2) 利用者からのサービス終了

利用者並びに身元保証人が終了意思を申し出ることによりサービスを終了することができます。

### (3) 施設側からのサービスの終了

- ①利用者が要介護認定において非該当又は要支援状態と判定されたとき。  
※一旦終了となりますが条件を変更し継続します。
- ②利用者の病状や心身の状態等が著しく悪化し、当施設において適切なサービスの提供が困難と判断したとき。
- ③利用者が当施設、職員及び他の利用者に対して施設生活の継続が困難となる背信行為、または

反社会的行為を行ったとき。

④利用料金を1ヶ月以上滞納し、その支払いを催促したにもかかわらず、7日間以内に支払わないとき。

⑤天災、災害、設備の故障その他やむを得ない理由によりサービスの継続が困難になったとき。

#### (4) サービスの自動終了

利用者が死亡した場合、死亡日をもって終了とします

### 4 サービスの内容

|         |  |
|---------|--|
| 食事      | 適切な栄養量及び内容で提供するように栄養士が管理します。食事時間は、朝食8時、昼食12時、夕食18時からです。<br>※但し、その方の状態に合わせて変更する場合があります。                                 |
| 入浴      | 特別浴の方は、2階は水・土曜日、3階は月・木曜日に、一般浴の方は火・金曜日（2・3階ともに）に入浴していただきます。（祝日や年末年始等、状況により曜日・日程を変更することもあります）<br>また、体調により、清拭となる場合もございます。 |
| 排泄      | 排泄が出来る限り自立できるよう必要な援助を行うとともに、おむつを使用の利用者は適宜におむつを取り替えます。（1日3～5回を目途に行います。）   |
| 日常生活の援助 | 整容（洗顔・爪切りなど）、着替え、移動の介助、居室の環境整備等を行います。  |
| 機能訓練    | 身体の状態にあわせてグループ体操、嚙下体操、個別訓練等を行います。  |
| 健康管理    | 服薬管理、処置、また体温・血圧の測定、診察、受診、検査等を行います。   |
| 生活相談    | 支援相談員に日常生活、サービス等に関する相談ができます。   |
| 送迎      | 必要に応じて居宅及び施設間の送迎を致します。   |
| その他     | 医師の指示による薬・日常ご使用のおむつを提供いたします。また、レクリエーションや各種行事を行います。   |

### 5 サービス利用にあたって

|               |   |
|---------------|---|
| 消灯時間          | 午後9時  |
| 面会            | ・面会時間<br>午前 9時30分～11時30分<br>午後 1時00分～ 5時00分<br>面会の際は問診票に記入してもらい、マスク着用と検温、手指消毒をお願いします。万一感染症が発生した場合などには、時間の変更や面会を控えてもらうことがあります。 |
| 飲食物等の差し入れについて | 利用者への飲食物等の差し入れについては、消費期限、賞味期限の記載のある物とし、他の品物については必ず職員にご相談ください。又、喉に詰まりやすい物や噛みにくい物をご遠慮ください。                                      |
| 所持品・所持金       | 自己管理をお願いしますが、所持金に関しては、事務室にて預かることが可能です。トラブル防止のため、多額をお持ちにならないよ  |

|               |  |
|---------------|--|
|               | うにご協力ください。   |
| 診察・投薬         | 入所期間中の必要な診察及び投薬は当施設で致します。よって当施設医師の指示なく、他の病院等での診察及び投薬は受けられません。万一、他病院等で受けられた場合は、実費負担をお願いする場合があります。 |
| 事業計画や財務内容等の閲覧 | 事業計画や財務内容等の閲覧が可能です。  |

## 6 計画の作成について

短期入所療養介護計画の作成にあたっては当施設の介護支援専門員、リハビリテーション実施計画の作成には医師等リハビリ従事者が携わります。計画は利用者及びその家族の意向が充分反映され、同意を得たものでなければなりません。サービスを提供する上で必要な情報提供への協力をお願いします。またケア等に対する要望も遠慮なくお話しください。

## 7 ご家族様への療養中における依頼事項の協力について

短期入所療養介護を行うにあたり、ご家族様へ依頼事項の協力をさせていただく場合があります。依頼事項がある場合は連絡致しますので、早期に対応していただくようお願いします。

## 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は事前の打ち合わせにより、主治医、家族、身元保証人、介護支援専門員等へ連絡を致します。

## 9 事故発生時の対応

当施設のサービス提供により事故が発生した場合は、利用者に対して応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じると共に、速やかに利用者のご家族、市町村、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。また事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

## 10 損害賠償

サービスの提供に伴い当施設の責に帰すべき事由によって利用者が損害を被った場合、当施設は利用者に対して、社団法人全国老人保健施設協会介護老人保健施設総合補償制度に則り、保障する範囲で賠償いたします。

## 11 個人情報の保護について

当施設職員が知り得た利用者及びご家族の個人情報を、正当な理由なく、漏らすことはいたしません。また以前職員であった者や臨地実習が必要な学生等に関しても同様とします。ただし利用者の医療上緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合は、あらかじめ文書で同意を得た上で、必要な範囲内において利用者や家族の個人情報を使用いたします。詳細は別紙にてご説明いたします。なお情報開示等の手続きにおいては請求者の本人確認（代理の方が請求する場合を含む）をさせていただき、準備の際に必要な書類のコピー代・送料（送付が必要な場合）等の手数料を徴収します。手続きを行う際は担当の支援相談員にご相談して下さるようお願いします。

## 1.2 サービス内容に関する苦情

- ① 当施設のお客さま相談、苦情窓口として苦情処理担当者を設けております。また各階サービスステーションにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。

電話 017-726-5211 FAX 017-726-9600

担当 支援相談員 櫻田仁志 鈴木武士 山崎由美子 八戸晃奈

- ②当施設以外に、お住まいの市町村または国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口、第三者委員に苦情を伝えることができます。

青森市役所 福祉部 介護保険課 017-734-5257

青森県国民健康保険団体連合会

介護保険苦情相談窓口 017-723-1301

青森県運営適正委員会

福祉サービス相談センター 017-731-3039

第三者委員 和田 栄子 017-726-3994

成田 なを子 017-726-6911

- ③苦情の申し出があった場合は苦情処理担当者が迅速な調査を行ない、苦情として取り扱うものか、あるいは相談や問い合わせとして返答できるものかを相談内容に関わる職員間で協議して相談や問い合わせであれば速やかに対応します。苦情として取り扱うべきものと判断された場合は、苦情処理責任者（施設長）に報告し検討した上で、説明、謝罪、改善、賠償等を行います。それでも解決しない場合は苦情処理委員会を開催し利用者等と話し合い、再度説明、謝罪、改善、賠償等を行います。委員会を経ても解決できなかった場合は、市町村・国民健康保健団体連合会に報告し、その指示に従って解決いたします。

## 1.3 虐待に関する事項

- ①当施設では利用者に対する虐待を早期に発見して、迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- 虐待防止対策を検討する委員会の定期的開催及び結果について職員への周知徹底
- 虐待防止のための指針の整備
- 職員に対する虐待防止の啓発及び普及するための研修の実施
- 利用者やご家族からの苦情処理体制の整備
- 虐待防止の措置を適切に実施するため担当者の設置
- その他虐待防止のために必要な措置

- ②当施設ではサービス提供中に当施設職員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

## 1.4 協力病院・協力歯科

|      |                 |                |
|------|-----------------|----------------|
| 病院名  | 医療法人雄心会 青森新都市病院 | 東ミナトヤ歯科医院      |
| 代表者  | 伊藤丈雄            | 滝沢仙太郎          |
| 住所地  | 青森市石江3丁目1       | 青森市大字浜館字見取15-1 |
| 電話番号 | 017-757-8750    | 090-7325-6604  |

利用者の体調等により、協力病院・協力歯科に受診等の協力をお願いすることがあります。

## 15 地域との連携

当施設では幼稚園・保育園等の慰問、インターンシップやボランティアを受け入れています。その他に医療・福祉系学生の臨地実習を受け入れ、実習生の育成について積極的な取り組みを行っています。

## 16 非常災害対策について

|        |  |
|--------|--|
| 防災時の対応 | 防火管理者や職員を中心に自衛消防組織を編成、任務を遂行し、利用者にケガのないように努めます。     |
| 防災設備   | 自動火災報知設備、誘導灯、誘導標識、スプリンクラー、自家発電、漏電火災警報機、消火器等。       |
| 防災訓練   | 基本訓練（消火、通報、避難） 年1回以上<br>総合訓練（基本訓練、防災設備取り扱い講義等） 年1回 |
| 防火管理者  | 松橋 優仁  |

## 17 利用料金

### ① 利用料

| 項目      | 料金    | 1割    | 2割    | 3割    |
|---------|-------|-------|-------|-------|
| 施設サービス費 | 《多床室》 |       |       |       |
|         | 要介護1  | 830円  | 1660円 | 2490円 |
|         | 要介護2  | 880円  | 1760円 | 2640円 |
|         | 要介護3  | 944円  | 1888円 | 2832円 |
|         | 要介護4  | 997円  | 1994円 | 2991円 |
|         | 要介護5  | 1052円 | 2104円 | 3156円 |
|         | 《個室》  |       |       |       |
|         | 要介護1  | 753円  | 1506円 | 2259円 |
|         | 要介護2  | 801円  | 1602円 | 2403円 |
|         | 要介護3  | 864円  | 1728円 | 2592円 |
|         | 要介護4  | 918円  | 1836円 | 2754円 |
| 要介護5    | 971円  | 1942円 | 2913円 |       |
| 居住費     | 《多床室》 |       |       |       |
|         | 第1段階  | 一日につき |       | 0円    |
|         | 第2段階  | 一日につき |       | 430円  |
|         | 第3段階  | 一日につき |       | 430円  |
|         | 第4段階  | 一日につき |       | 437円  |
|         | 《個室》  |       |       |       |
|         | 第1段階  | 一日につき |       | 550円  |
|         | 第2段階  | 一日につき |       | 550円  |
|         | 第3段階  | 一日につき |       | 1370円 |
| 第4段階    | 一日につき |       | 1728円 |       |

|                    |  |         |        |
|--------------------|--|---------|--------|
| 食費                 | 朝食450円   | 昼食650円  | 夕食550円 |
|                    | 第1段階   | 一日につき上限 | 300円   |
|                    | 第2段階   | 一日につき上限 | 600円   |
|                    | 第3段階①  | 一日につき上限 | 1000円  |
|                    | 第3段階②  | 一日につき上限 | 1300円  |
|                    | 第4段階   | 一日につき   | 1650円  |
| 個別リハビリテーション実施加算    | リハビリ計画を作成し、それに基づき個別リハビリを行う場合   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 240円   |
| 送迎費                | 居宅と事業所との間の送迎を行う場合  |         |        |
|                    |  | 片道につき   | 184円   |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が80%以上の場合</li> <li>・介護職員の総数のうち35%以上が勤続年数10年以上の介護福祉士の場合 ※いずれかに適合</li> </ul> |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 22円    |
| 夜勤職員配置加算           | 厚生労働大臣が定める夜勤職員の勤務条件を満たした場合   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 24円    |
| 療養食加算              | 厚生労働大臣が定める療養食を提供している場合   |         |        |
|                    | ※1日3回限度  |         |        |
|                    |  | 一食につき   | 8円     |
| 重度療養管理加算           | 厚生労働大臣が定める状態にある入所者に対して計画的な医学的管理を行った場合 ※要介護4又は要介護5に限る   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 120円   |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | 在宅復帰や在宅療養を支援する機能の評価を受けた施設の場合   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 51円    |
| 総合医学管理加算           | 担当介護支援専門員と連携し治療目的にて利用した場合  |         |        |
|                    | ※10日間限度  |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 275円   |
| 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緊急に入所が必要だと医師が判断した場合 ※7日間限度   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 200円   |
| 緊急短期入所受入加算         | 居宅サービス計画において計画になかった入所を利用する場合   |         |        |
|                    | ※入所後7日間 やむ得ない事情がある際は14日間まで   |         |        |
|                    |  | 一日につき   | 90円    |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ       | 介護職員等の賃金の改善等を実施している場合  |         |        |
|                    | 介護保険一部負担額×サービス別加算率（7.5%）   |         |        |
| 特室料金               | 一人部屋   | 一日あたり   | 1000円  |
|                    | 二人部屋   | 一日あたり   | 500円   |
| 日常品費               | おしぼり代  | 一食あたり   | 15円    |
|                    | 入浴時のタオル代（2枚一組）   | 1回につき   | 50円    |
| 教養娯楽費              | クラブ活動の材料費等   |         | 実費     |

|        |  |
|--------|--|
| 理・美容代  | 理美容代 2000~2500円<br>(顔剃り・シャンプーの追加により変更)<br>パーマ代 4500円                      毛染め 4500円<br>顔剃り 2000円 |
| 健康管理費  | インフルエンザ予防接種費用                      実費<br>レントゲン撮影検査費                                      実費      |
| 私物の洗濯代 | 委託業者が定める金額   |

※送迎は原則、青森市内を対象としています。青森市以外で送迎を希望される場合は、市の境界線より1キロメートル増すごとに片道1回50円を加算します。

※介護保険一部負担額については割合により1~3割になります。(加算は1割の表記です)

※項目の中で課税対象となる項目には消費税が含まれております。(教育娯楽費、洗濯代)

## ② その他

毎月20日頃に前月分の請求をいたしますので月末までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払方法は口座自動引落とし、銀行振込となります。口座引落としの方は指定の用紙にご記入ください。

令和 年 月 日

以上、短期入所サービスの開始にあたり、本書面にて重要事項を説明しました。

事業所

所在地 青森市大字矢田前字弥生田47-2

名称 社会福祉法人 恵寿福祉会

介護老人保健施設 青森ナーシングライフ

説明者氏名 \_\_\_\_\_

私は本書面により、事業者から入所サービスについての説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_

上記代理人住所 \_\_\_\_\_

上記代理人氏名 \_\_\_\_\_

上記を証するため、本書2通を作成し、ご利用者様と事業所が署名の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。