

重要事項説明書 山村介護医療院 和（I型療養病棟）

① 事業者の概要

名称・法人別	医療法人 山村会
代表者氏名	理事長 山村 栄一
所在地	高知市下島町 106 番地
業務の概要	内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科・整形外科 リハビリテーション科・泌尿器科
事業所数	山村診療所・鏡居宅介護支援事業所・鏡居宅サービス事業所 山村病院居宅支援事業所・介護複合施設輝

② 事業所の概要

名称	山村介護医療院 和
所在地	高知市下島町 106 番地
代表者名	山村 栄一
電話番号	088-872-5038
F A X 番号	088-822-8912
事業所指定番号	第 39B 100058 号

③ 施設の概要

定員	45 名	
個室	2 室	1 室 11.02 m ²
2 人部屋	2 室	1 室 15.79 m ² 、19.45 m ²
3 人部屋	1 室	1 室 26.38 m ²
4 人部屋	9 室	1 室 33.33 m ² 33.27 m ² 33.38 m ² 32.49 m ² 32.55 m ² 32.73 m ² 32.6 m ² 32.77 m ² 34.77 m ²
機能訓練室	1 室	平行棒・傾斜台・姿勢矯正用具・各種車イス等
食堂兼談話室	2 室	2 室合計 46.53 m ²
浴室	1 室	特殊浴槽

④ 事業の目的

介護医療院とは、慢性期の医療と介護の必要性が有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。

⑤ 運営方針

入所者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出来るよう、施設サービス計画に基づいて医学的管理の下、医療、日常的に必要なリハビリテーション、看護、介護を行い、療養生活が出来る施設として入居者様に寄り添った医療介護サービスに努めます。

⑥ 職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
医師	2名（病院兼務）	4名	6名
薬剤師	1名（病院兼務）		1名
管理栄養士	2名（病院兼務）		2名
理学療法士	4名（病院兼務）		5名
作業療法士	3名（病院兼務）		5名
言語療法士	1名（病院兼務）		1名
介護支援専門員	1名		1名
看護師	12名	1名	13名
准看護師	4名		4名
介護福祉士	9名		9名
ヘルパー	4名		4名

⑦ 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制		
医師	月曜日～金曜日	9：00～18：00	
	土曜日	9：00～12：30	
薬剤師	月曜日～金曜日	9：00～18：00	
介護支援専門員	月曜日～金曜日	8：45～17：15	
	土曜日（月2回）	8：45～12：30	
介護要員	標準的な時間帯における最低配置人員		
	早出	7：30～16：00	2名
	日中	8：45～17：15	3名
	遅出1	10：00～18：30	1名
	遅出2	10：30～19：00	1名
	夜勤	17：00～9：00	1名
看護要員	早出	8：00～16：30	1名
	日中	8：45～17：15	5名

	遅出	10:00～18:30	1名
	夜勤	17:00～9:00	1名
管理栄養士	早出（月、水、金）	8:45～17:15	
	遅出（火、木）	9:30～18:00	
	土曜日（月2回）	8:45～12:30	
理学療法士	月曜日～金曜日	8:45～17:45	
作業療法士	土曜日（月2回）	8:45～12:45	
言語療法士			

⑧ 職員の研修体制

職員の資質向上を図る為院内、院外研修を行っています。

⑨ 事故発生時の対応

介護保険施設サービス中に、利用者のケガ又は死亡事故の発生、食中毒及び感染症結核の発生、職員の法令違反、不祥事が発生した場合は、速やかに家族に連絡するとともに市町村に届出をし、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

⑩ 緊急時の対応

- 1、本施設は、入所様に対し、施設医師の医学的な判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- 2、本施設は、入所者様に対し本施設における介護保険サービスでの対応が困難な状態又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門機関を紹介します。

⑪ 協力医療機関等

医療機関	病院名 診療科 所在地 電話番号	山村病院 内科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、整形外科 泌尿器科、リハビリテーション科 高知市下島町 106 番地 088-872-5038
医療機関	病院名 診療科 所在地 電話番号	あさひ皮膚科 皮膚科 高知市旭町 2 丁目 38 番地 088-822-3711
歯科機関	病院名 診療科 所在地	岡林歯科医院 歯科 高知市愛宕町 2 丁目 10-23

	電話番号	088-825-2442
--	------	--------------

⑫ 身体拘束時の対応

身体拘束は、原則禁止しております。ただし、自傷他害の恐れがある場合等緊急やむを得ない場合は医師が判断し、身体拘束その他行動制限を行うことがあります。その場合は、ご家族に説明し、同意を得た上で診療録に記載することとします。

⑬ 個人情報の取り扱い

本施設は、個人情報保護法を遵守し、適切に取り扱います。

他科受診の際は受診先病院に対して、退院の際は居宅サービス事業所に対して、円滑な援助を資する為の情報提供は、あらかじめご家族の了承を得るものと致します。

⑭ 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める災害マニュアルに沿って対応いたします。
避難訓練及び 防火設備	別途定める本施設の消防計画に則り年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います スプリンクラー有、消火器9本、消火用散水栓3箇所 火災報知設備受信機1箇所 *防災カーテン使用

⑮ 施設利用にあたっての留意事項

面会・外出時間	面会時間は21.00まで 外出、外泊、付添は所定用紙に記入し詰所に提出し許可を得てください。
居室・設備器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の使用法に従ってください。 これに反した使用による破損は弁償していただく場合があります。
喫煙	館内及び敷地内は禁煙です。
迷惑行為等	騒音等他の入居者様の迷惑になる行為はご遠慮ください。
金銭、貴重品の管理 所持品の持ち込み	所持金品は、自己責任で管理をお願いします。紛失等の責任は持てません。 所持品は必要最小限度とさせていただきます。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育は出来ません。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入居者様に対する執拗な宗教活動・政治活動はご遠慮ください。
病室の変更	入居者様の状態、都合により変更をお願いすることがあります。
介護保険証	介護保険証が届きましたらすぐに提出をお願いします。

減額認定証	減額認定証が届きましたらすぐに提出をお願いします。提出なき場合は減額処理いたしかねます。
-------	--

⑯ 相談窓口、苦情相談

サービスに関する相談や苦情については、下記の相談窓口にて対応いたします。

当介護医療院相談窓口	電話番号	088-872-5038		
	F A X 番号	088-822-8912		
	担当者	介護医療院師長	山崎	由美
		ケアマネージャー	中岡	洋一
	月曜日～金曜日	9：00～17：00		

公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てが出来ます。

高知市介護保険課	所在地	高知市丸ノ内 2-6-5		
	電話番号	088-823-9972		
	F A X 番号	088-824-8390		
	月曜日～金曜日	8：30～17：15		
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	電話番号	088-820-8410（代）		
	F A X 番号	088-820-8413		
	月曜日～金曜日	9：00～16：00		

高知市以外の方は各市町村の介護保険課までお問い合わせください。

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
施設サービス計画作成	施設サービス計画作成に際し、入居者様の尊厳を保持し有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るようプランを作成します。
食事	朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～ *食事は左記時間を標準としますが、個々の状態により前後することがあります。
医療・看護	医師による医学管理の下 24 時間体制の看護を行います。病状に応じ診察、治療を行います。本施設で行うことが出来ない検査、処置、治療が必要になった場合は他医療機関に紹介します。
機能訓練	理学、作業療法士により入所者様の状況に適した機能訓練を行い、機能維持、低下を防止するよう努めます。
栄養管理・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・口腔ケア	歯科医師の指導の下、口腔機能を維持するため、口腔清掃ケアを行います。
入浴	週 2 回の入浴又は身体の状態に応じて清拭を行います。寝たきりの方は機械浴で対応いたします。
排泄	入居者様の状況に応じて適切な排泄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・整容等	出来る限り離床に配慮し、生活リズムを考えて適切な整容が行えるよう援助いたします。 シーツ交換は定期的（週 1 回）に行いますが、その他必要時に実施します。
相談及び援助	入居者様とご家族様からのご相談に応じます。

(2) ご利用料金

種類	内容
食費	1,445 円/日 * 但し、世帯所得等により減免があります。 詳しくは市町村（介護保険課）にお問い合わせください。
居住費	多床室 437 円/日 個室 1728 円/日 * 但し、世帯所得等により減免があります。

	詳しくは市町村（介護保険課）にお問い合わせください *居住費につきましては、居室確保の為医療機関入院中もお支払いお願いいたします。	
電気代（税込）	テレビ	55 円/日
	アンカ・ラジオ・扇風機	22 円/日
	敷毛布	66 円/日
	*その他電気代は職員に確認	
付き添い寝具		220 円/日
洗濯代	病棟ネット	500 円/月 1 回 70 円
	個人ネット（1 ネット）	400 円
C Sセット	Cセット	374 円/日
（株）エラン	Dセット	297 円/日
散髪代		1,500 円
浴衣代		3,300 円
経管栄養関連	イルリガートル（1 個）	500 円
	マーゲンチューブ（1 本）	300 円
	アダプター（1 個）	150 円
口腔関連	口腔ジェル	653 円

（3）施設サービス費（1 日分）

	多床室	個室	多（2 割）	個（2 割）	多（3 割）	個（3 割）
要介護度 1	833 円	721 円	1666 円	1442 円	2499 円	2163 円
2	943 円	832 円	1886 円	1664 円	2829 円	2496 円
3	1182 円	1070 円	2364 円	2140 円	3546 円	3210 円
4	1283 円	1172 円	2566 円	2344 円	3849 円	3516 円
5	1375 円	1263 円	2750 円	2526 円	4125 円	3789 円

（4）負担限度額認定証について

所得の低い方については、市役所等に申請していただきますと、対象者の方には、負担限度額認定証が発行されます。認定証の区分により食費、居住費が減額されます。

	食費（1 日）	多床室（1 日）	個室（1 日）
区分Ⅰ	300 円	0 円	550 円
区分Ⅱ	390 円	430 円	550 円
区分Ⅲ①	650 円	430 円	1370 円

区分Ⅲ②	1,360 円	430 円	1370 円
基準額	1,445 円	437 円	1728 円

(5) 支払い方法

毎月 8 日に請求書が外来受付に出来ております。15 日までに窓口にてお支払いをお願いします。又は銀行引き落としも出来ますので、ご相談ください。

(6) 介護保険給付対象サービス

I 型介護医療院サービス費 (I) 「多床室」 (自己負担は 1 割又は 2 割若しくは 3 割です) * 1 単位 10 円	基本サービス費 (1 日につき)	自己負担 (1 割の方)														
	<table border="0"> <tr> <td>要介護 1</td> <td>833 単位</td> <td>833 円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>943 単位</td> <td>943 円</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1182 単位</td> <td>1182 円</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>1283 単位</td> <td>1283 円</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1375 単位</td> <td>1375 円</td> </tr> </table> <p>* 日常的な医療とは別に必要となった特別な医療については、医療保険の対象となりますので、医療保険における自己負担額をお支払いいただきます。</p>	要介護 1	833 単位	833 円	2	943 単位	943 円	3	1182 単位	1182 円	4	1283 単位	1283 円	5	1375 単位	1375 円
要介護 1	833 単位	833 円														
2	943 単位	943 円														
3	1182 単位	1182 円														
4	1283 単位	1283 円														
5	1375 単位	1375 円														
加算分	<p>外泊時費用 362 単位/日 1 ヶ月 7 泊 (6 日分) 限度</p> <p>初期加算 30 単位 入所した日から起算して 30 日以内の期間については、初期加算として、1 日に付き所定点数を加算する</p> <p>再入所時栄養連携加算 200 単位/回 (再入所時 1 回を限度) 施設の入所者様が医療機関に入院し、経管栄養又は嚥下調整食の導入など、入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合、医療と連携し再入所後の栄養管理を行う</p> <p>退所時栄養情報連携加算 70 単位/回 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</p> <p>退所時情報提供加算 (I) 500 単位/回 (退所後 1 回を限度) 居宅へ退所する入所者様について、居宅において療養を継続する</p>															

	<p>場合、退所後の主治医に対して入所者様の同意を得て診療状況を示す文書を添えて紹介を行う</p> <p>退所時情報提供加算（Ⅱ） 250 単位／回（退所後 1 回を限度） 医療機関へ退所する入所者様について退所後の医療機関に対して入所者様の同意を得て心身状況、生活歴を示す情報を提供した場合</p> <p>栄養マネジメント強化加算 11 単位／日 多職種協働により栄養ケア計画を作成し、食事観察、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事調整等の実施 栄養状態の情報を厚生労働省に提出、報告する</p> <p>経口移行加算 28 単位／日 経管により食事を摂取する入所者様について、経口摂取を進める為に、医師の指示に基づく栄養管理を行う</p> <p>口腔衛生管理加算（Ⅱ） 110 単位／月 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者様に対し口腔衛生の管理をし、介護職員へ技術的助言しその指導内容を記録し提出する。 （Ⅰ）に加え口腔衛生管理内容を厚生労働省に提出</p> <p>療養食加算 6 単位／回 （1 日 3 回を限度） 糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、高脂血症食、等を提供させていただく場合</p> <p>緊急時治療管理 518 単位（1 ヶ月に 1 回、連続する 3 日間） 入所者様の病状が重篤となり救急救命医療が必要となった場合、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行う</p> <p>安全対策体制加算 20 単位（入所時） 組織的に安全対策を実施する体制を備えている場合</p> <p>科学的介護推進体制加算（Ⅰ） 40 単位／月 入所者様ごとの心身の状況等を厚生労働省に報告し活用する</p>
--	---

	<p>夜間勤務等看護（Ⅲ） 14 単位 夜勤を行う職員は基準では 2 名のところ手厚い配置（3 名）にしている事への加算</p> <p>若年性認知症患者受け入れ加算 120 単位／日 若年性認知症患者様に個別に担当者を定め入所者様の特性やニーズに応じたサービスを提供する</p> <p>サービス提供体制強化加算Ⅱ 18 単位／日 介護福祉士の割合が 6 割以上</p> <p>介護職員処遇改善加算 V7 (利用者様負担総額総単位数×10 円) ×3.5%</p>
--	---

<p>特別診療費 (自己負担は 1 割又は 2 割若しくは 3 割です) *1 単位 10 円</p>	<p>感染対策指導管理 6 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</p> <p>褥瘡対策指導管理（Ⅰ） 6 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 以上の方が対象</p> <p>褥瘡対策指導管理（Ⅱ） 10 単位／月 (Ⅰ) に加え褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出</p> <p>初期入所診療計画 250 単位／回 診療計画を策定し、本人様又は家族様の方へ説明を行う</p> <p>理学療法、作業療法 各 123 単位／回（10 回まで） 各 86 単位／回（11 回以上） 生活機能の改善等を目的とした機能訓練で個別に 20 分以上訓練を行った場合に算定 入所時より 4 ヶ月間は施行単位数減算無し</p> <p>理学療法、作業療法情報活用加算（1） 各 33 単位／月 リハ計画の情報を厚生労働省に提出</p>
---	--

	理学療法、作業療法情報活用加算 (2) 各 20 単位/月 入所者毎に多職種共同でリハ内容、口腔内容、栄養内容の情報を相互共有した場合
	短期集中リハビリテーション 240 単位/日 入所日から 3 ヶ月以内の期間、20 分以上の個別訓練を 1 週間に概ね 3 回以上実施する
	摂食機能療法 208 単位/回 (月に 4 回を限度) 摂食機能障害を有する入所者様に対し、30 分以上訓練指導を行った場合
	医学情報提供 I 220 単位 他医療機関受診時及び退所時に入所者様の同意を得て情報を提供した場合算定
	他科受診 362 単位 治療の必要性があり他専門医療機関等を受診する場合基本サービス費に代えて算定

(7) 利用料金目安 (要介護 5 負担割合 1 割 基準負担額の場合)

	31 日	合計 (円)
基本サービス費	1375 単位×31	42625
初期加算	30 単位×30	900
初期入院診療管理	250 単位×1	250
栄養マネジメント強化加算	11 単位×31	341
サービス体制強化加算	18 単位×31	558
夜間看護加算 (Ⅲ)	14 単位×31	434
感染対策指導加算	6 単位×31	186
褥瘡対策指導管理 (Ⅰ)	6 単位×31	186
褥瘡対策指導管理 (Ⅱ)	10 単位×1	10
理学療法 I 10 回まで	123 単位×10	1,230
11 回から	86 単位×5	430
作業療法 I 10 回まで	123 単位×10	1,230
11 回から	86 単位×5	430

理学、作業情報活用加算 (1)	33 単位×1	33
理学、作業情報活用加算 (2)	20 単位	20
療養食加算	6 単位×93	558
口腔機能維持管理加算	110 単位× 1	110
安全対策体制加算	20 単位×1	20
科学的介護推進体制加算	40 単位×1	40
処遇改善加算		1736
居住費	437 円×31	13547
食費	1,445×31	44,795
合計		109669 円

緊急やむを得ない身体拘束に関する説明及び同意書

- 1、あなた様の状態が下記の3つの要件をみたしており、身体を保護するために、緊急やむを得ず下記の方法と時間において最小限の身体拘束を行います。
- 2、但し、早期に解除することを目標に誠意検討を行うことを約束いたします。

記

- ①切迫性 入所者本人又は他の入居者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
- ②非代替性 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない
- ③一時性 身体拘束その他の行動制限が一時的である

個別の状況により拘束の必要な場合	
身体拘束の方法 (場所、行為、部位 内容)	
拘束の時間帯及び 時間	
特記すべき心身の 状況	
拘束開始及び解除の 予定	

上記のとおり実施いたします。

令和 年 月 日

山村介護医療院和代表者

印

記載者

印

入所者又は家族の記入欄

上記の件について説明を受け、了承いたしました。

令和 年 月 日

氏名

印

(続柄)