重 要 事 項 説 明 書

1. 事業者の概要

・施　設　名　　南浜中央病院介護医療院
・開設年月日　　令和２年６月１日
・所　在　地　　宮城県岩沼市寺島字北新田 111 番地
（直通電話）0223-36-8875　（病院代表）0223-24-1861
（FAX）0223-24-1892
・管理者氏名　　高　階　憲　之
・事業者番号　　04B1100017

2. 介護医療院の目的と運営方針

(1) 介護医療院の目的

介護医療院とは、慢性期の医療と介護の必要性があ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。

(2) 運営方針

当施設では、長期にわたり療養が必要な要介護状態にある利用者に対して、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及び 機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことにより、その方がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援を行います。

3. 施設の概要

(1) 職員の配置状況

職種	常勤換算人数	業務内容
管理者（医師）	1 名以上	診断や治療等の医療行為
医師		
薬剤師	0.4 名以上	薬剤業務
看護職員	7 以上	看護業務
介護職員	9 以上	介護業務
介護支援専門員	1 名	ケアプランの立案
作業療法士等	0.7 名以上	リハビリテーション
歯科衛生士	0.1 名以上	口腔ケア
放射線技師	0.1 名以上	X 線検査・CT 検査
事務職	1 名以上	請求事務等

(2) 設備の概要

定　員		42名	
居室	4　人　室	7室	1室　28.0 ㎡～30.9 ㎡
	2　人　室	5室	1室　14.2 ㎡～23.6 ㎡
	個　　室	4室	1室　7.7 ㎡～11.0 ㎡
食堂兼談話室		1か所	42.83 ㎡
機能訓練室（専用）		1室	フロア専用　40.03 ㎡
機能訓練室（共用）		1室	病院共用　102.21 ㎡
面　会　室		1室	9.98 ㎡
浴　　室		1か所	一般浴槽（2）・機械浴槽（1）
ナースステーション		1か所	
診察・処置室		1室	
薬　　局		病院共用	
X線・CT室		病院共用	
検　査　室		病院共用	
厨　　房		病院共用	
理　髪　室		病院共用	
洗　濯　室		病院共用	
非常災害設備		全館スプリンクラー、自動通報装置連動火災報知器、非常用予備発電装置、消火栓、消火器など	

4. サービス内容

(1) 介護保険給付対象サービス

種類	内容
医療・看護	医師による医学的管理のもと24時間体制の看護を行います。病状に応じ診察治療を実施しますが、当施設で行うことのできない検査・処置・治療が必要になった場合は他の医療機関を紹介します。
機能訓練	作業療法士等により入所者様の状況に適した機能訓練を行い、機能回復及び機能低下を防止するように努めます。
栄養管理及び栄養ケア	心身の状態の改善・維持の基礎となる栄養管理サービスを提供します。
食事	食事時間は下記の時間を標準とします。 朝食 8：00～　・　昼食 12：00～　・　夕食 18：00～
口腔衛生管理及び口腔ケア	担当医及び歯科医師の指示指導の下、誤嚥性肺炎や口腔疾患を予防し機能を維持するため口腔ケアを行います。
入浴	週2回の入浴又は清拭を行います。全介助の方でも機械浴槽を使用して入浴することができます。
排せつ	心身の状況に応じて適切な排せつ支援、介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。
離床・着替え・整容等	生活機能防止のため出来る限り離床に配慮し、清潔で快適な生活が送れるように適切な整容が行われるよう援助します。
相談及び援助	入所者様とそのご家族様からのご相談に応じます。

5. 利用料金

（1）介護保険給付対象サービス（税込）

要介護度	負担割合	基本サービス費（円）		食費	居住費
		個室	多床室		
1	1割負担	721	833	1日あたり 300円～ 1,545円 ＊減額制度あり	1日あたり ・従来型個室 550円～ 1,728円 ・多床室 0円～ 437円 ＊減額制度あり
	2割負担	1,442	1,666		
	3割負担	2,163	2,499		
2	1割負担	832	943		
	2割負担	1,664	1,886		
	3割負担	2,496	2,829		
3	1割負担	1,070	1,182		
	2割負担	2,140	2,364		
	3割負担	3,210	3,546		
4	1割負担	1,172	1,283		
	2割負担	2,344	2,566		
	3割負担	3,516	3,849		
5	1割負担	1,263	1,375		
	2割負担	2,526	2,750		
	3割負担	3,789	4,125		

＊　食費・居住費の減額について（税込）

	食費	居住費		上限金額（月）
		個室	多床室	
第1段階	300円	550円	0円	15,000円
第2段階	390円	550円	430円	15,000円
第3段階（1）	680円	1,370円	430円	24,600円
第3段階（2）	1,420円	1,470円	430円	24,600円
第4段階	1,545円	1,728円	437円	44,400円～ 140,100円

居住費・食費については、上記表のとおり国が定める負担限度額段階で１ケ月に負担する上限額と、１日に負担する居住費・食費が設定されています。ご本人の住所地の市町村役所（介護保険係）に申請をして「介護保険負担限度額認定証」を受け、施設へ提示してください。補足給付（「特定入所者介護サービス費」として介護保険から給付）を受けることができます。

・利用者負担第１段階 - 市町村民税世帯非課税者・老齢福祉年金受給者・生活保護受給者等）
・利用者負担第２段階 - 市町村民税世帯非課税者で年金収入額等８２．６５万円以下）
・利用者負担第３段階（１） - 市町村民税世帯非課税者で年金収入額等８２．６５万円超１２０万円未満）
・利用者負担第３段階（２） - 市町村民税世帯非課税者で年金収入額等１２０万円以上）
・利用者負担第４段階（現役並み所得相当）
- 年収約７７０万円未満の方の上限４４,４００円
- 年収約７７０万円以上約1,１６０万円未満の方の上限９３,０００円
- 年収約1,１６０万円以上の方の上限１４０,１００円

(2) 加算項目

単位：円（税込み）

内　　容		金　額			備　　考
		1割負担	2割負担	3割負担	
入退所前連携加算	Ⅰ	600/回	1,200/回	1,800/回	新型コロナウイルス感染症の回復者を受け入れた場合、入所日から7日間は「Ⅰ」を算定。8日から14日までは「Ⅱ」を算定。
	Ⅱ	400/回	800/回	1,200/回	
初期加算 ※（　）内は30日間で算定		30/日 (900)	60/日 (1,800)	90/日 (2,700)	入所日から30日以内の期間。当該入所者が過去三月間（ただし、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者の場合は過去一月間とする。）の間に、当該介護老人保健施設に入所したことがない場合に限り算定。
初期入所診療管理		250/回	500/回	750/回	入所の際に、医師・看護師・その他必要に応じた関係職種が共同して診療計画を策定し、本人又は家族の方へ文書により説明を行った場合に算定。
栄養マネジメント強化加算		11/日	22/日	33/日	管理栄養士を配置し、多職種による栄養ケア計画に基づいた利用者の栄養状態管理を行う場合に算定。
外泊時費用 ※（　）内は6日間で算定		362/日 (2,172)	724/日 (4,344)	1,086/日 (6,516)	居宅への外泊時所定単価に代えて算定。1月6日を限度。 （外泊中も居住費、室料差額がかかります）
口腔衛生管理加算	Ⅰ	90/月	180/月	270/月	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、口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行う。歯科医師又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衛生に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施する場合に算定。
	Ⅱ	110/月	220/月	330/月	「Ⅰ」の算定要件に加え、口腔衛生等の管理に係る計画の内容等の情報を厚生労働省に提出する場合に算定。
療養食加算		6/回	12/回	18/回	治療目的による糖尿病食、腎臓病食、肝臓食、胃潰瘍食、貧血食、すい臓食、脂質異常症食、痛風食及び特別な場合の検査食を提供した場合1日3回を限度に算定。
排せつ支援加算	Ⅰ	10/月	20/月	30/月	排泄に介護を要する入所者毎に、要介護状態の軽減の見込みについて、医師又は医師と連携した看護師が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、その評価結果を厚生労働省へ提出している場合。
	Ⅱ	15/月	30/月	45/月	「Ⅰ」の算定要件を満たしている上で、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれも悪化がない。又はオムツ使用ありから使用なしに改善している場合。
	Ⅲ	20/月	40/月	60/月	「Ⅰ」の算定要件を満たしている上で、適切な対応を行うことにより、要介護状態の軽減が見込まれる者について、施設入所時等と比較して排尿・排便の状態の少なくとも一方が改善するとともにいずれも悪化がない。かつオムツ使用ありから使用なしに改善している場合。
感染対策指導管理		6/日	12/日	18/日	感染対策委員会を設置し、施設全体で感染対策を行っている場合に算定。

単位:円(税込み)

内　　容		金　額			備　　考
		1割負担	2割負担	3割負担	
高齢者施設等感染対策向上加算	Ⅰ	10/月	20/月	30/月	協力医療機関等との間で新興感染症以外の一般的な感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時等に協力医療機関等と連携し適切に対応している場合に算定。
	Ⅱ	5/月	10/月	15/月	感染対策に係る一定の要件を満たす医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けている場合に算定。
新興感染症等施設療養費		240/日	480/日	720/日	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、診療、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、適切な感染対策を行う。月に1回、連続する5日を限度として算定。
褥瘡対策指導管理 ※特別診療費 ※(　)内は30日間で算定	Ⅰ	6/日 (180)	12/日 (360)	18/日 (540)	入所者毎に褥瘡の発生と関連のあるリスクについて、入所時に評価するとともに少なくとも3か月に1回評価を行い、その評価結果を厚生労働省へ提出する場合。
	Ⅱ	10/月	20/月	30/月	「Ⅰ」の算定要件を満たしている上で、施設入所時の評価の結果、褥瘡が発生するリスクがあるとされた入所者に当該褥瘡が治癒または褥瘡の発生のない場合。
理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算		33/月	66/月	99/月	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が協働しリハビリテーション実施計画を入所者または家族に説明し、継続的にリハビリテーションの質を管理する場合。
作業療法		123/回	246/回	369/回	作業療法を個別に行った場合。
摂食機能療法		208/日	416/日	624/日	摂食機能障害を有する方に対して摂食機能療法を30分以上行った場合。
短期集中リハビリテーション実施加算		240/日	480/日	720/日	入所後3ヵ月間に集中的に行うリハビリテーションを受けた場合。
緊急時施設診療費 (緊急時医療管理)		518/日	1,036/日	1,554/日	救命救急医療が必要となる場合において応急的な治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行なった場合、1月に1回、連続する3日間を限度に算定。
緊急時施設診療費 (特定治療)		医科診療報酬点数表に定める点数			規定によるリハビリテーション・ 処置・手術・麻酔または放射線治療を行なった場合。
協力医療機関連携加算 (上段:協力医療機関の要件を満たす場合、下段:満たさない場合)		100/月 5/月	200/月 10/月	300/月 15/月	協力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に開催し、入所者の病状が急変した場合等において入院を要すると認められた場合に原則として受け入れる体制を確保している場合に算定。

単位:円(税込み)

内　　容		金　額			備　　考
		1割負担	2割負担	3割負担	
退所時情報提供加算	Ⅰ	500/回	1,000/回	1,500/回	居宅へ退院する入所者について、その主治医に心身の状況、生活歴等を情報提供した場合。
	Ⅱ	250/回	500/回	750/回	医療機関へ退所する入所者について、その医療機関へ心身の状況、生活歴等を情報提供した場合。
退所時栄養情報連携加算		70/回	140/回	210/回	厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者であって管理栄養士が、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した場合。
自立支援促進加算		280/月	560/月	840/月	入所者毎に自立支援のために特に必要な医学的評価を入所時に行うとともに、少なくとも3か月に1回医学的評価の見直しを行い、自立支援に係る支援計画等の策定等を行った場合。(その他にも規定あり)
科学的介護推進体制加算	Ⅰ	40/月	80/月	120/月	入所者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本情報を厚生労働省へ提出する場合。
	Ⅱ	60/月	120/月	180/月	「Ⅰ」に加えて疾病の状況や服薬情報等の情報を提出する場合。
サービス提供体制強化加算	Ⅰ	22/日	44/日	66/日	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が80%以上
	Ⅱ	18/日	36/日	54/日	介護職員総数のうち介護福祉士の占める割合が60%以上
	Ⅲ	6/日	12/日	18/日	介護職員総数のうち割合が①②③のいずれかに該当する場合。　①介護福祉士50%以上　②常勤職員75%以上　③勤続7年以上30%以上
安全対策体制加算(入所時に1回)		20	40	60	外部研修を受けた担当者が配置され安全対策部門を設置の上、組織的に安全対策を実施している場合。
生産性向上推進体制加算	Ⅰ	100/月	200/月	300/月	「Ⅱ」の要件を満たし、「Ⅱ」のデータにより業務改善の取組による成果が確認されたこと。また見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。
	Ⅱ	10/月	20/月	30/月	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ための委員会の開催や必要な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う。また1年以内ごとに1回、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。
夜勤勤務等看護加算(Ⅳ)		7/日	14/日	21/日	入所者の数が20又はその端数を増すごとに1以上の数の夜勤を行う看護・介護職員を配置している場合。
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ		右記1割	右記2割	右記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)に6.2%を乗じた単位数を算定。

(3) 介護保険給付対象外のサービス（税込）

	項　　目	料　金	内　　容
1	特別な療養室（B-08 室）	1,100 円/日	個室をご提供します。 （専用設備：テレビ、チェスト、洗面台、トイレ）
2	電気使用料（1 日）	50 円/日	電気毛布やテレビなど電化製品を持参した場合、料金が発生します。
3	おやつ・ジュース代	実費	季節の行事を行う際におやつを施設管理により提供します。また、特に夏季期間に補水とは別にジュースを施設管理により提供します。おおよそ 500 円/月の範囲での提供を予定しています。
4	理美容費	実費	ご希望され、実施された場合に料金が発生します（提携理美容室をご紹介します）。
5	衣類レンタル・洗濯サービス	別紙参照	委託業者との契約に基づきお申込みされた場合に毎月別途料金が発生します。
6	予防接種	実費	インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン等。
7	預り金等管理料	3,000 円/月	預貯金通帳等を当施設に預け入れした場合、料金が発生します。
8	エンゼルケア料 （御遺体処置料）	11,000 円	点滴など医療器材の取り外しや全身清拭、着替えを行います。
9	死亡診断書料	1 通目 5,500 円。2 通目以降は 3,300 円。必要枚数を申し出てください。	

(4) 利用料金の支払い方法

利用料金については 1 か月毎に請求します。毎月 10 日前後に前月分の請求書を作成・郵送いたします。27 日に七十七銀行口座より「自動引き落とし」されます。ただし、「自動引き落とし」に移行するまで約 1 か月かかります。移行手続き完了しましたら身元引受人までご連絡いたします。それまでは下記の方法でお支払いください。※退所時は窓口での現金払いをお願いします。

①窓口での現金払い　月曜日～金曜日　8：45～16：45 まで　（土曜日は事前予約が必要）

②銀行振込口座　　銀行名：　七十七銀行　　支店名：　岩沼支店

口座名：　普通　０１２７２７２

医療法人（いりょうほうじん）　松涛会（しょうとうかい）　南浜中央病院（みなみはまちゅうおうびょういん）　理事長（りじちょう）　高階（たかしな）　憲之（のりゆき）

6. 協力医療機関

医科	医療法人将道会総合南東北病院	脳外・整形・内科・呼吸器内科
医科	医療法人松涛会南浜中央病院	精神科・内科・歯科
歯科	医療法人松涛会南浜中央病院	精神科・内科・歯科

7. 緊急時の対応

- 当施設は入所者に対し施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関等適切な医療機関での診療を依頼することがあります。
- 当施設は入所者に対し専門的な医学的対応が必要と判断した場合、ほかの専門医療機関を紹介します。
- 利用者の容態に急変があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずる他、ご家族へ速やかに連絡します。

8. 事故発生時の対応方法

利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生した場合は、速やかに利用者家族に連絡をするとともに、協力医療機関等との連携や行政への報告等必要な措置を講じます。事故内容については状況を記録し再発防止に努めます。事故が故意・過失による場合は損害賠償を行います。故意・過失によらない場合や利用者に重過失がある場合はこの限りではありません。

9. 非常災害対策

・災害時の対応　消防計画規定により、生命の安全を最優先に避難します。
・防災設備　スプリンクラー、消火器、消火栓、防火戸、排煙設備、自動火災報知設備、非常警報設備、誘導灯、粉末消火設備等
・防災訓練　年２回以上（内１回は、夜間を想定した訓練を行ないます）
・防火管理者　事務長

10. 個人情報の保護

・当施設とその職員は当施設の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者個人情報の利用目的を別紙の通り定め適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。
・利用者個々の希望による個人情報の利用範囲及びプライバシーに関する希望もできる限り対応します。

11. 施設利用にあたっての留意事項

面会時間	午前 10 時～午後 7 時 来訪者は、必ずその都度面会者名簿にご記入ください。
外出・外泊	事前の届出書による申請が必要です
居室、設備、備品の利用	施設内の療養室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合弁償していただくことがあります。
喫煙	敷地内全面禁煙です。
金銭・貴重品の持ち込み	預り金管理等の契約をした場合、当施設でお預かりいたします。利用者本人管理での金銭・貴重品の持ち込みは原則お断りいたします。（破損・紛失・盗難が発生した場合、責任は負いかねます）
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
その他	施設内での特定の政治活動、宗教活動、営利行為は固くお断りいたします。

12. 要望および苦情等の相談

(1) 当施設の相談窓口

南浜中央病院介護医療院　電話：0223-36-8875
南浜中央病院　電話：0223-24-1861　ＦＡＸ：0223-24-1892（24 時間受付）
担当者　介護支援専門員：福安利光　　相談員：佐々木優美

＊1 階ロビーにご意見箱を設置しております。ご意見や苦情などはご意見箱をご利用いただくことも可能です。

(2) その他　役場、国保連の介護保険の窓口でもご相談いただけます。

主な窓口　◇　岩沼市健康福祉部介護福祉課
TEL　0223-24-3016
◇　宮城県国民健康保険団体連合会　介護保険課
TEL　022-222-7700

13. 第三者による評価の実施状況

□－あり	実施日	年　月　日	☑ - なし
	評価機関名称		
	結果開示状況	□－あり　□ - なし	

南浜中央病院介護医療院は、利用者に対して本書面に基づいて介護医療院サービスの内容及び重要事項について説明し、同意を得て交付いたしました。

西暦＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

事　業　者　　事業者名　　南浜中央病院介護医療院
住　　所　　宮城県岩沼市寺島字北新田 111 番地
代表者名　　理事長　高階　憲之　　印

説 明 者　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

南浜中央病院介護医療院の入所にあたり、本書面に基づいて介護医療院サービスの内容及び重要事項について説明を受け、同意し交付を受けました。

利　用　者　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

身元引受人　　住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印