

# 医療法人福友会福友病院介護医療院 重要事項説明書

## 1 事業者概要

事業者名称	医療法人福友会 福友病院介護医療院
主たる事務所の所在地	愛知県日進市北新町殿ヶ池上539番地
代表者名	浅井 哲也
設立年月日	令和3年2月1日
電話番号	0561-73-3151
ファクシミリ番号	0561-73-0506
ホームページアドレス	<a href="https://fukuyukai.com/facility/13">https://fukuyukai.com/facility/13</a>

## 2 施設の目的と運営の方針

施設の目的	介護医療院とは、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。長期にわたり療養が必要な要介護者に対して、「長期療養のための医療」と「日常生活上の支援」を一体的に提供します。
運営の方針	長期にわたり療養が必要な要介護者に対して、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を行うことにより入所者様に寄り添った医療介護サービスに努めます。

## 3 施設の概要

定員		100名	
療養室	1人室	4室	14.20～15.61㎡
	2人室	2室	17.31㎡、20.05㎡
	4人室	23室	33.03～35.16㎡
食堂		1室	253.47㎡
診察室・処置室		2室	16.73㎡、14.42㎡
機能訓練室		1室	115.82㎡
家族談話室		2室	21.21㎡、21.23㎡
浴室	浴室①	特殊浴槽1台	49.42㎡
	浴室②	特殊浴槽1台、座浴1台	43.05㎡
レクリエーションルーム		2箇所	20.81㎡、20.78㎡
洗面所		各療養室1台、各家族談話室3台、各診察室・処置室1台	
便所		3階2箇所、4階車椅子用トイレ4箇所、5階車椅子用トイレ4箇所	
サービスステーション		4階1箇所、5階1箇所	40.27㎡、39.44㎡
洗濯室		4階1室、5階1室	9.09㎡、8.06㎡
汚物処理室		4階1室、5階1室	7.00㎡、7.04㎡

#### 4 職員体制

従業者の職種	常勤換算後の人員	業務内容
管理者	1名	職員を指揮監督し、施設業務全般を管理・監督する。
医師	2.1名以上	入所者等の症状や心身の状態の把握に努め的確な診断と適切な処置を行うとともに入所者等の機能訓練等が計画的かつ効果的に行えるように指導にあたる。
薬剤師	0.7名以上	医師の指示により入所者等の服薬指導、薬歴管理等薬剤に関する業務を行う。
看護職員	17名以上	医師の指示により入所者等の看護及び健康管理の業務を行う。
介護職員	20名以上	入所者等の日常生活の介護業務を行う。
リハビリテーション職員	1名以上	医師の指示により入所者等の運動機能及び日常生活活動動作能力の改善又は維持を図るため、目標を設定し定期的に評価を行うなど効果的な機能訓練を行う。
管理栄養士	2名以上	医師の指示により入所者等の身体状態、病状及び嗜好を考慮し、栄養面に配慮した食事を提供するための献立の作成並びに入所者等又はその家族に対して栄養指導を行う。
診療放射線技師	0.1名以上	医師の指示により入所者等のエックス線撮影を行う。
介護支援専門員	1名以上	入所者等の介護サービス計画を立て、ケアをマネジメントするほか、市町村の委託を受けて要介護認定の調査に従事する。
事務員	1名以上	施設療養費請求業務、入退所の事務補助その他必要な事務を行う。

#### 5 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	平日 9:00~18:00 (病院との兼務)
医師	病院との兼務のため24時間体制となります。
薬剤師	平日 9:30~17:30
看護職員	日勤 9:00~18:00、夜勤 16:30~10:00
介護職員	早朝 7:00~16:00、日勤 9:00~18:00、

	夕方 12:00~21:00、夜勤 16:30~10:00
リハビリテーション職員	平日 9:00~18:00
管理栄養士	平日 9:00~18:00
診療放射線技師	平日 9:00~18:00 (病院との兼務)
介護支援専門員	平日 9:00~18:00
事務員	平日 9:00~18:00

※土日、祝日は上記と異なります。

## 6 施設サービスの概要

サービスの種別	内容
医療・看護	入所者の病状にあわせた医療・看護を提供します。 医師による定期診察は週に1回行います。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護職員等にお申し付けください。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関での治療となります。
施設サービス計画の作成	入所者の状態を評価し、生活の希望を踏まえて施設サービス計画を作成します。
食事	食事は、朝食8時、昼食12時、夕食18時に配膳します。 ※食事は上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。 管理栄養士の立てる献立により、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します。
口腔衛生管理及び口腔ケア	歯科医師の指示・指導のもと誤嚥性肺炎や口腔疾患を予防し、口腔機能を維持するため、口腔清掃の指導、ケアを行います。
排泄	入所者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立に向けての援助を行います。
入浴・清拭	週に2回の入浴を行います。 入所者の状況に応じて座浴、寝浴で対応します。 入浴が困難な時は清拭を行います。
離床	機能低下の防止のため、離床の援助を行います。
更衣・整容	生活機能を維持しながら清潔が保てるように援助を行います。
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。その他、必要時に実施します。
機能訓練	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による機能訓練を入所者の状況にあわせて行います。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。

## 7 利用料金

### (1) 基本サービス費

介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。介護報酬告示上の額に、各介護保険負担割合を乗じた額が自己負担額となります。

#### I型介護医療院サービス費（I）

##### 1人室

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費（単位/日）	721	832	1,070	1,172	1,263

##### 多床室（2人室、4人室）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス費（単位/日）	833	943	1,182	1,283	1,375

※ 6級地は1単位10.27円になります。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。

### (2) 食事（食費）

1日 1,675円（朝、昼、夜）

食費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。

		食費
負担限度額	第1段階	300円
	第2段階	390円
	第3段階 ①	650円
	②	1,360円
	第4段階	1,675円

### (3) 居室（居住費）

1人室 1,720円 多床室（2人室、4人室） 530円

居住費の負担限度額は本人及び世帯の収入により異なります。

#### 負担限度額

居室の種類		1人室	多床室（2人室、4人室）
負担限度額	第1段階	550円	0円
	第2段階	550円	430円
	第3段階	1,370円	430円
	第4段階	1,720円	530円

(4) 加算料金

加算等名		サービス内容	加算点数
協力医療機関連携加算		協力医療機関との間で、当該入所者等の病歴等の情報を共有する会議を開催している場合に加算されます。	50単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)		協力医療機関との間で感染症の発生時等の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に連携して適切に対応している場合に加算されます。	10単位/月
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)		介護職員の配置により加算されます。	6単位/日
初期加算		入所日から30日以内の期間について加算されます。	30単位/日
栄養マネジメント強化加算		低栄養状態のリスクが高い入所者に対し、医師、管理栄養士、看護師等が共同して作成した栄養計画に従い食事の観察を行い、栄養状態、嗜好等を踏まえた食事の調整等を実施した場合に加算されます。	11単位/日
療養食加算		医師の指示に基づく療養食を提供した場合に加算されます。	6単位/回
再入所時栄養連携加算		特別食等を必要とされる方の栄養ケア計画を医療機関の管理栄養士と連携して作成した場合に加算されます。	200単位/日
経口移行加算		経管での食事摂取から経口での食事摂取を進めるために、経口移行計画を作成し支援を行った場合に加算されます。	28単位/日
経口維持加算	(Ⅰ)	経口による継続的な食事摂取を進めるための経口維持計画を作成し支援を行った場合に加算されます。	400単位/月
	(Ⅱ)	(Ⅰ)を算定し、食事の観察及び会議等に医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が加わった場合に加算されます。	100単位/月
口腔衛生管理加算	(Ⅰ)	歯科衛生士が口腔ケアを月2回以上行い、介護職員に具体的な技術的助言及び指導を行った場合に加算されます。	90単位/月
	(Ⅱ)	口腔衛生等の管理に関する計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔衛生等の管理の実施に当たって必要な情報を適切かつ有効に活用している場合に加算されます。	110単位/月

認知症チームケア推進加算 (Ⅱ)		認知症の行動・心理症状の予防等に資するチームケアを行った場合に加算されます。	120単位/月
自立支援促進加算		医学的評価の結果、特に自立支援のための対応が必要である方に対して多職種が共同して支援計画を策定しケアを行い、結果等を厚生労働省に提出して必要な情報を適切かつ有効に活用している場合に加算されます。	280単位/月
排せつ支援加算	(Ⅰ)	要介護状態の軽減の見込みについて評価を行い、その結果を厚生労働省に提出し必要な情報を活用して作成した排せつ支援計画に基づき支援した場合に加算されます。	10単位/月
	(Ⅱ)	支援実施の結果、状態が改善した場合に加算されます。	15単位/月
	(Ⅲ)	支援実施の結果、状態が改善しオムツの使用がなくなった場合に加算されます。	20単位/月
退所前連携加算		退所に先立って利用を希望する指定居宅介護支援事業者に対して必要な情報を提供し、退所後の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に加算されます。	500単位/回
退所前訪問指導加算		退所後生活する居宅を訪問し、療養上の指導を行った場合に加算されます。	460単位/回
退所後訪問指導加算		退所後居宅を訪問し、療養上の指導を行った場合に加算されます。	460単位/回
退所時指導加算		退所後の療養上の指導を行った場合に加算されます。	400単位/回
退所時情報提供加算		退所後の主治の医師に対して診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合に加算されます。 (Ⅰ) 居宅へ退所した場合 (Ⅱ) 医療機関へ退所した場合	(Ⅰ) 500単位/回 (Ⅱ) 250単位/回
退所時栄養情報連携加算		特別食を必要とされる方、もしくは低栄養状態にある方の退所先の医療機関に対して、管理栄養士が栄養管理に関する情報を提供した場合に加算されます。	70単位/回
訪問看護指示加算		退所時に利用を希望する事業者に対して当該入所者の同意を得て訪問看護指示書を交付した場合に加算されます。	300単位/回

外泊時費用	外泊時には、外泊初日と最終日以外は施設サービス費に代えて加算されます。	362単位/日
他科受診時費用	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、施設サービス費に代えて加算されます。	362単位/日
新興感染症等施設療養費	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、適切な感染対策を行った上で介護サービスを行った場合に1月に1回、連続する5日を限度に加算されます。	240単位/日
科学的介護推進体制加算 (Ⅱ)	入所者ごとの必要な基本的情報を厚生労働省に提出し、サービスの提供に当たって必要な情報を適切かつ有効に活用している場合に加算されます。	60単位/月
介護職員処遇改善加算 (Ⅳ)	介護報酬総単位数に加算率2.9%を乗じた額を加算します。	

特別診療費

加算等名	サービス内容	加算点数
初期入所診療管理	入所に際して医師が必要な診察、検査等を行い、診療方針を定めて文書で説明を行った場合に算定します。	250単位/回
感染対策指導管理	常時感染対策を行っている場合に算定します。	6単位/日
褥瘡対策指導管理	(Ⅰ) 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)ランクB以上の方に対して、常時褥瘡対策を行っている場合に算定します。	6単位/日
	(Ⅱ) (Ⅰ)の基準を満たし、入所者ごとの褥瘡対策等に係る情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を適切かつ有効に活用して褥瘡対策を行い、褥瘡が治癒した場合又は褥瘡の発生するリスクが高いとされた方に褥瘡の発生がない場合に算定します。	10単位/月
重症皮膚潰瘍管理指導	重症皮膚潰瘍を有している方に対して計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に算定します。	18単位/日
薬剤管理指導	投薬又は注射及び薬学的管理を行い、薬剤師による服薬指導を行った場合に算定します。	350単位/週

	服薬情報等を厚生労働省に提出し、処方にあたって必要な情報を適切かつ有効に活用している場合に算定します。	20単位/月
理学療法（Ⅰ）	理学療法士が1対1で20分以上訓練した場合に算定します。	123単位/回
	常勤理学療法士が2名以上配置されている場合に加算されます。	35単位/回
	リハビリテーション実施計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって必要な情報を適切かつ有効に活用している場合に算定します。	33単位/月
	理学療法（Ⅰ）と口腔衛生加算（Ⅱ）及び栄養マネジメント強化加算を算定している場合に加算されます。	20単位/月
摂食機能療法	言語聴覚士、看護職員、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が30分以上訓練指導を行った場合に算定します。	208単位/日

#### （5）介護保険給付外サービス

サービスの種別	内容	自己負担額
理髪・美容	1ヶ月に1回、理容師の出張による理髪サービスが利用できます。	実費
レクリエーション行事	レクリエーション、行事を企画して、希望された方に実施します。	実費
クラブ活動	希望された方にクラブ活動を行います。	実費

#### 8 支払い方法

- ・毎月10日に、前月分の請求書を発行します。
- ・お支払い方法は、指定口座からの自動引き落としとなりますので、手続きをお願いします。サービス利用月の翌月26日に引き落としされます（26日が土・日曜日の場合は翌営業日）。

#### 9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口担当者	介護支援専門員 宮 強志
	ご利用時間	平日 9:00～17:00 担当者不在の時は、他の職員にお申し出ください。
	ご利用方法	電話 0561-73-3151 苦情・ご意見箱（玄関に設置）

日進市お客様相談窓口	開設場所	日進市蟹甲町池下 268 番地 日進市役所 健康福祉部 介護福祉課 介護保険係 電話 0561-73-7111 (代表) 0561-73-1495 (直通)
国保連合会苦情相談窓口	開設場所	名古屋市東区泉一丁目 6 番 5 号 国保会館 南館 7 階 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情相談室 電話 052-971-4165

責任をもって調査、改善をさせていただきます。

#### 10 協力医療機関（歯科を含む）

医療機関の名称	医療法人福友会福友病院
院長名	浅井 哲也
診療科	内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科、 整形外科、皮膚科、リハビリテーション科、歯科
所在地	愛知県日進市北新町殿ヶ池上 539 番地
電話番号	0561-73-3151

#### 11 非常災害時の対策

災害時の対応	別途定める「医療法人福友会福友病院消防計画」に則り対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「医療法人福友会福友病院消防計画」に則り年 2 回、 夜間及び昼間を想定した避難訓練を実施します。
防災設備	<p>スプリンクラー …消火槽 24.0 m<sup>3</sup>  スプリンクラーヘッド 428 個  補助散水栓 9 箇所</p> <p>自動火災報知設備…感知器 92 箇所 非常放送連動  非常放送設備 …スピーカー69 箇所 自火報連動  通路誘導灯 …大型 2 箇所 中型 19 箇所  避難口誘導灯 …大型 8 箇所 中型 9 箇所  粉末消火器設置 …10 箇所  非常用照明 …電池内蔵型 55 箇所  避雷針設備 …屋上に 1 箇所設置  発電設備 …2 台  出力 53.5KVA 屋外自立型屋上設置  出力 82.0KVA 屋外自立型屋上設置</p> <p>カーテン布団等は、防災性能のあるものを使用しております。</p>

消防計画等	消防署への届出日 令和2年10月12日 防火管理者：勝野 寧隆
-------	------------------------------------

12 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

面会	面会時間 平日：14時から17時 土・日・祝日：14時から16時30分 面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。
外出・外泊	外出外泊の際には必ず外出先、帰着時間及び用件を所定の用紙にて届け出てください。
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・飲酒	喫煙、飲酒は施設、敷地内はできません。
迷惑行為等	騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、他の入所者の許可なく、その居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	所持品は日常生活を営む上で必要と思われるもの。備品については、持ち込みをお断りします。
現金等の管理	現金は個人の責任の下で保管してください。
宗教活動・政治活動	施設内で他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。
その他	許可のない写真撮影、録音、録画はお断りいたします。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 \_\_\_\_\_ ， 氏名 \_\_\_\_\_ ）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

（入所者）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

署名代行の理由 \_\_\_\_\_

（入所者の家族等）

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_