



社会医療法人 共愛会

介護老人保健施設あやめの里 重要事項説明書

(入所)

<令和6年6月1日現在>

当施設（あやめの里）はご利用者（ご契約者）に対して介護老人保健施設サービスを提供します。本説明書は施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご理解いただきたいことをご説明したものです。

介護老人保健施設 あやめの里は介護保険の指定を受けた施設です。

| | |
|----------|--------------|
| 介護老人保健施設 | 平成12年4月1日指定 |
| 事業所番号 | 第4056480017号 |
| 指定番号 | 福岡県8健老第234号 |

1. 事業者

| | |
|--------|-------------------|
| 事業者の名称 | 社会医療法人 共愛会 |
| 法人所在地 | 北九州市戸畑区小芝2丁目4番31号 |
| 法人種別 | 社会医療法人 |
| 代表者氏名 | 理事長 下河辺 智久 |
| 電話番号 | 093-330-0032 |

2. ご利用施設

| | |
|--------|---------------------------|
| 施設の名称 | 社会医療法人 共愛会 介護老人保健施設 あやめの里 |
| 施設の所在地 | 北九州市戸畑区小芝2丁目4番18号 |
| 施設長名 | 下河辺 勝世 |
| 電話番号 | 093-871-5902 |
| FAX番号 | 093-871-5904 |

3. 事業の目的及び当施設の“行動理念と品質方針”

介護老人保健施設は、看護・医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護老人保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること。また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では以下のような“行動理念と品質方針”を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【あやめの里 行動理念と品質方針】

“いのち輝いて、笑顔あふれるふれあいの里”

あ 暖かく質の高いケアを提供します。

- 1 インフォームドコンセントを重んじ、納得のいく説明と同意に努めます。
- 2 身体的のみならず、精神面にも配慮した全人的ケアに努めます。
- 3 在宅復帰を目指し、ひとりひとりの状態や段階に適切なケアプランの立案に努めます。
- 4 各分野の専門職員がチームを組んで問題解決にあたります。
- 5 人としての誇りと尊厳を大切にし、身体拘束をしないケアを実践します。

や 優しく、丁寧なリハビリテーションを行います。

- 6 リハビリテーションスタッフの充実を図り、個人に応じた専門的リハビリテーションを行います。
- 7 全ての職員がQOL向上の為、生活リハビリテーションにかかわります。

め めきめきと元気がでる、おいしいお食事をお楽しみ下さい。

- 8 五感で楽しめる食事、季節感を取り入れたメニューに努めます。
- 9 可能な限り個人の要望に応えたメニューに努めます。
- 10 食品衛生を第一にします。

の のびのびと自分らしい生活、個性を大事にします。

1 1 レットミーディサイド（自己決定）を尊重します。

1 2 できる限り個人の特性・事情に配慮し、個別的な対応を致します。

1 3 癒しの環境の整備に努めます。

さ サービスの向上をめざして、常に自己研鑽に努めます。

1 4 更なる利用者の高いニーズに応えるために、品質マネジメントシステムを絶えず改善・進歩させることに努めます。

1 5 毎年ひとつ、すべての職員が自己研鑽の課題を設定し、取り組みます。

と ともに手を繋ごう、高齢者とその家族、ボランティア、職員、地域の和。

1 6 ご利用者、ご家族と良いコミュニケーションをとり、ケアプランを共有しお互い納得のいくケアやリハビリテーションを行います。

1 7 地域ケアの中核施設として、医療福祉施設及び地域の皆様との連携、交流に努めます。

4. ご利用施設で実施する事業

| 事業所の種類 | | 介護保険指定者番号 | | 定員 | 備考 |
|------------|-------------------------|-----------------|------------|-------|----|
| | | 指定年月日 | 指定番号 | | |
| 入所 サービス | 介護老人保健施設 | 平成 12 年 4 月 1 日 | 4056480017 | 100 名 | |
| 居宅 サービス | 短期入所療養介護 (介護予防含む) | 平成 12 年 4 月 1 日 | 4056480017 | 空床利用 | |
| | 通所リハビリテーション (介護予防含む) | 平成 12 年 4 月 1 日 | 4056480017 | 40 名 | |

5. 施設の概要

介護老人保健施設

| | |
|---------|------------------------------|
| 構 造 | 鉄筋コンクリート造 5 階建（耐火建築） |
| 延べ床面積 | 4 6 6 3 . 3 2 m ² |
| 利 用 定 員 | 1 0 0 名 |

(1) 療養室

| 療養室の種類 | 室数 | 面積 | 1人当たりの面積 |
|--------|-----|-----------------------|-----------------------|
| 1人部屋 | 6室 | 12.0m ² 以上 | 12.0m ² 以上 |
| 2人部屋 | 15室 | 16.8m ² 以上 | 8.4m ² 以上 |
| 4人部屋 | 16室 | 33.0m ² 以上 | 8.2m ² 以上 |

※ 指定基準は、居室1人当たり 8m²

(2) 主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 設備の種類 | 室数 |
|-------|----|--------------|----|
| 食堂 | 3室 | レクリエーションコーナー | 1室 |
| 談話室 | 2室 | 機能訓練室 | 1室 |

6. 職員体制（主たる職員）

| 職 種 | 職務内容 | 常 勤 | 非常勤 | 夜 間 |
|---------|--------------|-------|-----|------|
| 医師 | 医療管理 | 1名 | | |
| 看護職員 | 療養生活上の看護 | 10名以上 | | 1名以上 |
| 介護職員 | 療養生活上の介護 | 24名以上 | | 4名以上 |
| 支援相談員 | 相談業務等 | 2名以上 | | |
| 理学療法士 | 機能訓練及び生活支援 | 4名以上 | | |
| 作業療法士 | 日常生活訓練及び趣味活動 | 4名以上 | | |
| 言語聴覚士 | 言語訓練及び摂食嚥下支援 | 1名以上 | | |
| 栄養士 | 栄養管理 | 2名以上 | | |
| 介護支援専門員 | ケアプラン作成及び管理 | 1名以上 | | |
| 調理員 | 食材調理 | 5名以上 | | |
| 事務職員 | 事務業務等 | 4名 | | |

7. 職員の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 | 休 暇 |
|-------------------------|--|------|
| 医 師 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 | 週休2日 |
| 看護職員 | 日勤 8：30～17：00 夜勤 16：30～ 9：30（1名体制） | 週休2日 |
| 介護職員 | 早出 7：00～15：30 日勤 8：30～17：00 遅出1 10：30～19：00 遅出2 12：00～20：30 夜勤 16：30～ 9：30（4名体制以上） | 週休2日 |
| 支援相談員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 | 週休2日 |
| 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 | 週休2日 |
| 栄養士 | 日勤 8：30～17：00 遅出 9：30～18：00 | 週休2日 |
| 介護支援専門員 | 介護職員が兼務します。 | 週休2日 |
| 調理員 | 早出1 6：30～15：00 早出2 7：00～15：30 日勤 8：30～17：00 遅出 10：30～19：00 | 週休2日 |
| 事務職員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 | 週休2日 |

8. サービスの内容

(1) 法定給付サービス

| 種 類 | 内 容 |
|----------------------|---|
| 食 事 | <p>栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。</p> <p>行事食・郷土料理などを取り入れて提供します。</p> <p>栄養士が嗜好調査を行い、個人の希望に添うようにしています。</p> <p>食事は離床して食堂で食べていただけるように配慮します。</p> <p>(食事時間)</p> <p>朝食 8:00～ 昼食 12:00～ おやつ 14:30～ 夕食 18:00～</p> |
| 排 泄 | <p>利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行い、オムツ外しに取り組んでいます。</p> |
| 入 浴 | <p>週2回の入浴または清拭を行います。</p> <p>専用の車椅子ごと入浴できる機械を用いての入浴も可能です。</p> |
| 離床 着替え 静養等 | <p>寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</p> <p>生活のリズムを考え、毎朝・夕の着替えを行うよう配慮します。</p> <p>個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。</p> <p>シーツ交換は週1回、寝具の消毒は年2回実施します。</p> |
| 診 療 | <p>医師により、疾病又は負傷に対して適切に対応を行います。</p> <p>また、利用者の病状からみて必要な医療を提供することが困難と認められるときは、協力医療機関等に紹介します。</p> |
| 機 能 訓 練 | <p>理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による利用者の状況に合わせた、機能訓練を行い、心身機能の維持・回復を図り、日常生活が自立できるようリハビリテーションを行います。</p> |
| 相 談 及 び 援 助 | <p>当施設では、利用者及びご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。</p> <p>(相談窓口) 支援相談員・各療養棟介護主任・看護師長</p> |
| その他 | <p>当施設では、必要な教養娯楽費を整えるとともに、施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。</p> <p>主な娯楽設備</p> <p>クラブ活動 (ちぎり絵・書道・音楽 等)</p> <p>主なレクリエーション行事</p> <p>バスハイク 花見 納涼祭 誕生日会 等</p> |

(2) 法定給付外サービス

| 種 類 | 内 容 |
|-------|---------------------------------|
| 理容・美容 | 毎月2回、理美容サービスを利用いただけます。 |
| テレビ視聴 | テレビカード【1,000円(税込)】購入していただきます。 |
| 洗濯 | 5階に洗濯室がございます。コインランドリー式(100円)です。 |

※サービス提供記録等の閲覧および複写に関しては、医師または看護師長にお申し出ください。

(3) 特別な室料／1日(消費税込み)

| | |
|------------------------|--------|
| 個室A(301号室) | 4,180円 |
| 個室B(302号室) | 3,630円 |
| 個室C(311・312・315・316号室) | 1,980円 |
| 2人室 | 1,100円 |

※個室、2人室のご利用を希望される場合にお支払いいただきます。なお、個室・2人室をご利用の場合、外泊時にも室料をいただくこととなります。

(4) その他

| | |
|-----------------|-------------------------------|
| サービス提供記録の保管 | 本契約の終了後2年間(診療録については5年間)保管します。 |
| サービス提供記録の閲覧 | 土・日曜日・祝祭日を除く毎日午前9時～午後5時 |
| サービス提供記録の複写物の交付 | 複写に際しては、実費相当額を負担していただきます。 |

9. 施設サービス計画によるサービスの提供

入所された当日から施設サービス計画を作成し、日常生活が送れるように適切な各種介護・看護サービスを提供します。

10. 利用者負担金・支払い方法

お支払いいただく利用者負担金は、次の通りです。

(1) 法定給付サービス分

入所 (1割負担の場合)

【基本型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 805円 | 24,123円 | 727円 | 21,812円 |
| 要介護2 | 855円 | 25,644円 | 774円 | 23,211円 |
| 要介護3 | 921円 | 27,622円 | 840円 | 25,188円 |
| 要介護4 | 975円 | 29,234円 | 896円 | 26,861円 |
| 要介護5 | 1,027円 | 30,785円 | 945円 | 28,352円 |

【在宅強化型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 884円 | 26,496円 | 799円 | 23,971円 |
| 要介護2 | 961円 | 28,808円 | 875円 | 26,253円 |
| 要介護3 | 1,029円 | 30,846円 | 941円 | 28,230円 |
| 要介護4 | 1,087円 | 32,611円 | 999円 | 29,964円 |
| 要介護5 | 1,141円 | 34,223円 | 1,055円 | 31,637円 |

入所 (2割負担の場合)

【基本型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 1,609円 | 48,246円 | 1,454円 | 43,623円 |
| 要介護2 | 1,710円 | 51,288円 | 1,548円 | 46,421円 |
| 要介護3 | 1,842円 | 55,243円 | 1,679円 | 50,376円 |
| 要介護4 | 1,949円 | 58,468円 | 1,791円 | 53,722円 |
| 要介護5 | 2,053円 | 61,570円 | 1,890円 | 56,703円 |

【在宅強化型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 1,767円 | 52,992円 | 1,598円 | 47,942円 |
| 要介護2 | 1,921円 | 57,616円 | 1,750円 | 52,505円 |
| 要介護3 | 2,057円 | 61,692円 | 1,882円 | 56,460円 |
| 要介護4 | 2,174円 | 65,221円 | 1,998円 | 59,928円 |
| 要介護5 | 2,282円 | 68,445円 | 2,109円 | 63,274円 |

入所 (3割負担の場合)

【基本型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 2,413円 | 72,369円 | 2,181円 | 65,434円 |
| 要介護2 | 2,565円 | 76,932円 | 2,321円 | 69,632円 |
| 要介護3 | 2,763円 | 82,864円 | 2,519円 | 75,564円 |
| 要介護4 | 2,924円 | 87,701円 | 2,686円 | 80,583円 |
| 要介護5 | 3,079円 | 92,355円 | 2,835円 | 85,055円 |

【在宅強化型】

| | 多床室 (2人室・4人室) | | 個室 | |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|
| | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 | 1日あたり 利用者負担金 | 1ヶ月(30日)あたり 利用者負担金 |
| 要介護1 | 2,650円 | 79,488円 | 2,397円 | 71,913円 |
| 要介護2 | 2,881円 | 86,424円 | 2,625円 | 78,758円 |
| 要介護3 | 3,085円 | 92,538円 | 2,823円 | 84,690円 |
| 要介護4 | 3,261円 | 97,831円 | 2,997円 | 89,892円 |
| 要介護5 | 3,423円 | 102,668円 | 3,164円 | 94,911円 |

※上記の金額には地域加算(「地域加算」:北九州市は「7級地」(10.14円)となっております。)を含みます。

※在宅強化型とは、国が定める厳しい基準要件を満たし「在宅復帰・在宅支援機能」が高い施設と認められた場合に適用されます。

※基本型の場合、国が定める基準要件を満たした月に限り、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」として、1日につき52円(2割負担の場合:104円、3割負担の場合:156円)加算される場合があります。

※在宅強化型の場合、国が定める基準要件を満たした月に限り、「在宅復帰・在宅療養支援機能加算」として、1日につき52円(2割負担の場合:104円、3割負担の場合:156円)加算される場合があります。

■全ての入所者に一律算定

①夜勤職員配置加算/1日

1割負担額:25円/2割負担額:49円/3割負担額:73円

②-1サービス提供体制強化加算Ⅰ/1日

1割負担額:23円/2割負担額:45円/3割負担額:67円

②-2サービス提供体制強化加算Ⅱ/1日

1割負担額:19円/2割負担額:37円/3割負担額:55円

③-1認知症専門ケア加算Ⅰ/1日

1割負担額:3円/2割負担額:6円/3割負担額:9円

③-2認知症専門ケア加算Ⅱ/1日

1割負担額:4円/2割負担額:8円/3割負担額:12円

④－ 1 科学的介護推進体制加算Ⅰ／ 1 月

1 割負担額： 4 1 円／ 2 割負担額： 8 1 円／ 3 割負担額： 1 2 2 円

④－ 2 科学的介護推進体制加算Ⅱ／ 1 月

1 割負担額： 6 1 円／ 2 割負担額： 1 2 2 円／ 3 割負担額： 1 8 3 円

⑤－ 1 協力医療機関連携加算Ⅰ／ 1 月

1 割負担額： 1 0 2 円／ 2 割負担額： 2 0 3 円／ 3 割負担額： 3 0 5 円

⑤－ 2 協力医療機関連携加算Ⅱ／ 1 月

1 割負担額： 5 円／ 2 割負担額： 1 0 円／ 3 割負担額： 1 5 円

⑥－ 1 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ／ 1 月

1 割負担額： 1 1 円／ 2 割負担額： 2 1 円／ 3 割負担額： 3 1 円

⑥－ 2 高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ／ 1 月

1 割負担額： 5 円／ 2 割負担額： 1 0 円／ 3 割負担額： 1 5 円

⑦－ 1 生産性向上推進体制加算Ⅰ／ 1 月

1 割負担額： 1 0 2 円／ 2 割負担額： 2 0 3 円／ 3 割負担額： 3 0 5 円

⑦－ 2 生産性向上推進体制加算Ⅱ／ 1 月

1 割負担額： 1 1 円／ 2 割負担額： 2 1 円／ 3 割負担額： 3 1 円

※「②サービス提供体制強化加算」については、国が定める基準要件（介護職員の国家資格の割合若しくは勤続年数の割合等）により、変更になる場合があります。

※「③認知症専門ケア加算」については、国が定める資格要件（認知症ケアに関する専門研修及び認知症ケアに関する専門性の高い看護師等）により、変更になる場合があります。

※「④科学的介護推進体制加算」については、国が定めるケアの質の向上の取組（栄養や口腔、認知症、既往歴や服薬管理等をデータ提出し、ケアの在り方等を検証、ケアプランや計画に反映）により、変更になる場合があります。

※「⑤協力医療機関連携加算」については、協力医療機関との連携体制の取組（定期的な会議や病状の急変時の相談対応や入院体制の確保等）により、変更になる場合があります。

※「⑥高齢者施設等感染対策向上加算」については、国が定める感染対策の取組（実地指導や感染対策に関する研修や訓練等）により、変更になる場合があります。

※「⑦生産性向上推進体制加算」については、国が定める介護現場における生産性向上の取組（介護ロボットや ICT 等のテクノロジーの活用等）により、変更になる場合があります。

■対象者のみ算定

①短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ／ 1 日

1 割負担額： 2 6 2 円／ 2 割負担額： 5 2 4 円／ 3 割負担額： 7 8 5 円

②短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ／ 1 日

1 割負担額： 2 0 3 円／ 2 割負担額： 4 0 6 円／ 3 割負担額： 6 0 9 円

③認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ／ 1 日（週 3 日を限度）

1 割負担額： 2 4 4 円／ 2 割負担額： 4 8 7 円／ 3 割負担額： 7 3 0 円

④認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ／ 1 日（週 3 日を限度）

1 割負担額： 1 2 2 円／ 2 割負担額： 2 4 4 円／ 3 割負担額： 3 6 5 円

⑤若年性認知症入所者受入加算／ 1 日

1 割負担額： 1 2 2 円／ 2 割負担額： 2 4 4 円／ 3 割負担額： 3 6 5 円

⑥外泊時費用／1日（1月に6日を限度）

1割負担額：367円／2割負担額：734円／3割負担額：1,101円

⑦外泊時在宅サービス利用費用／1日（1月に6日を限度）

1割負担額：812円／2割負担額：1,623円／3割負担額：2,434円

⑧初期加算Ⅰ／1日

1割負担額：61円／2割負担額：122円／3割負担額：183円

⑨初期加算Ⅱ／1日

1割負担額：31円／2割負担額：61円／3割負担額：92円

⑩退所時栄養情報連携加算／1回

1割負担額：71円／2割負担額：142円／3割負担額：213円

⑪再入所時栄養連携加算／1回

1割負担額：203円／2割負担額：406円／3割負担額：609円

⑫入所前後訪問指導加算Ⅰ／1回

1割負担額：457円／2割負担額：913円／3割負担額：1,369円

⑬入所前後訪問指導加算Ⅱ／1回

1割負担額：487円／2割負担額：974円／3割負担額：1,461円

⑭試行的退所時指導加算／1回

1割負担額：406円／2割負担額：812円／3割負担額：1,217円

⑮退所時情報提供加算Ⅰ／1回

1割負担額：507円／2割負担額：1,014円／3割負担額：1,521円

⑯退所時情報提供加算Ⅱ／1回

1割負担額：254円／2割負担額：507円／3割負担額：761円

⑰入退所前連携加算Ⅰ／1回

1割負担額：609円／2割負担額：1,217円／3割負担額：1,826円

⑱入退所前連携加算Ⅱ／1回

1割負担額：406円／2割負担額：812円／3割負担額：1,217円

⑲訪問看護指示加算／1回

1割負担額：305円／2割負担額：609円／3割負担額：913円

⑳栄養マネジメント強化加算／1日

1割負担額：12円／2割負担額：23円／3割負担額：34円

㉑経口移行加算／1日

1割負担額：29円／2割負担額：57円／3割負担額：85円

㉒経口維持加算Ⅰ／1月

1割負担額：406円／2割負担額：812円／3割負担額：1,217円

㉓経口維持加算Ⅱ／1月

1割負担額：102円／2割負担額：203円／3割負担額：305円

㉔口腔衛生管理加算Ⅰ／1月

1割負担額：92円／2割負担額：183円／3割負担額：274円

㉕口腔衛生管理加算Ⅱ／1月

1割負担額：112円／2割負担額：223円／3割負担額：335円

㉖療養食加算／1回（1日に3回を限度）

1割負担額：6円／2割負担額：12円／3割負担額：18円

㉗かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ 1 / 1回

1割負担額：142円 / 2割負担額：284円 / 3割負担額：426円

㉘かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰ 2 / 1回

1割負担額：71円 / 2割負担額：142円 / 3割負担額：213円

㉙かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ / 1回

1割負担額：244円 / 2割負担額：487円 / 3割負担額：730円

㉚かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ / 1回

1割負担額：102円 / 2割負担額：203円 / 3割負担額：305円

㉛緊急時治療管理加算 / 1日 (1月に3日を限度)

1割負担額：526円 / 2割負担額：1,051円 / 3割負担額：1,576円

㉜所定疾患施設療養費Ⅰ / 1日 (1月に7日を限度)

1割負担額：243円 / 2割負担額：485円 / 3割負担額：727円

㉝所定疾患施設療養費Ⅱ / 1日 (1月に10日を限度)

1割負担額：487円 / 2割負担額：974円 / 3割負担額：1,461円

㉞認知症チームケア推進加算Ⅰ / 1月

1割負担額：153円 / 2割負担額：305円 / 3割負担額：457円

㉟認知症チームケア推進加算Ⅱ / 1月

1割負担額：122円 / 2割負担額：244円 / 3割負担額：365円

㊱リハビリテーションマネジメント計画書情報提供加算Ⅰ / 1月

1割負担額：54円 / 2割負担額：108円 / 3割負担額：162円

㊲リハビリテーションマネジメント計画書情報提供加算Ⅱ / 1月

1割負担額：34円 / 2割負担額：67円 / 3割負担額：101円

㊳褥瘡マネジメント加算Ⅰ / 1月

1割負担額：3円 / 2割負担額：6円 / 3割負担額：9円

㊴褥瘡マネジメント加算Ⅱ / 1月

1割負担額：14円 / 2割負担額：27円 / 3割負担額：40円

㊵排せつ支援加算Ⅰ / 1月

1割負担額：11円 / 2割負担額：21円 / 3割負担額：31円

㊶排せつ支援加算Ⅱ / 1月

1割負担額：16円 / 2割負担額：31円 / 3割負担額：46円

㊷排せつ支援加算Ⅲ / 1月

1割負担額：21円 / 2割負担額：41円 / 3割負担額：61円

㊸自立支援促進加算 / 1月

1割負担額：305円 / 2割負担額：609円 / 3割負担額：913円

㊹安全対策体制加算 / 1回

1割負担額：21円 / 2割負担額：41円 / 3割負担額：61円

㊺新興感染症等施設療養費 / 月5回

1割負担額：244円 / 2割負担額：487円 / 3割負担額：730円

※医師の医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した方について、ご本人及びご家族とともに、医師・看護職員・介護職員等が共同して、随時ご本人又はご家族に対して十分な説明を行い、合意をしながら、その人らしさを尊重した看取りができるよう支援した場合に「ターミナルケア加算」として、別途料金をいただきます。

※「介護職員等処遇改善加算」として、各サービスを受けた上記単位数総額の7.5%の金額が加算され、そのうち1割（一定以上の所得がある方は2～3割）の利用者負担が必要です。

(2) 食事費・居住費に係る負担金（1日あたり）

①食費／1日 1,800円

内訳）朝食代：400円、昼食代：650円、おやつ代：100円、夕食代：650円

入・退所日については、1食毎に計算を致します。また、おやつは不要の場合は代金を請求いたしません。担当職員へお申し出ください。尚、負担限度額認定証をお持ちの場合には、認定証に記載されている負担限度額が、1日にお支払いいただく食費の上限となります。

②居住費／1日

多床室（2人室・4人室）：370円 個室：1,640円

施設の建築費用や光熱水費を勘案した額となっております。尚、負担限度額認定証をお持ちの場合には、認定証に記載されている負担限度額が、1日にお支払いいただく居住費の上限となります。

③入所者が選定する特別な食事の提供 実費

通常の食事以外で、特別メニューの食事を選定された場合にお支払いいただきます。

※ 介護保険によるサービス適用を受ける場合は、施設サービス費の1割（一定以上の所得がある方は2～3割）及び食費・居住費（光熱水費含む）・日用生活品費等に係る負担額の合計額をお支払いいただきます。

※ 保険料の滞納などにより、給付制限がかかった場合は、上記「利用者負担金」でご利用できないことがあります。

※ 必要に応じて初期加算・短期集中リハビリテーション加算・経口移行加算等関係法令に基づいた費用が、別途利用者負担金に加算されることがあります。

(3) 法定給付外サービス（種類・負担金）

①理美容代 別紙規定

理美容をご利用の場合にお支払いいただきます。

②入所者が選定する特別な食事の費用 実費相当

通常の食事以外で、特別なメニューの食事を選定された場合にお支払いいただきます。

③日常生活品費／1日 200円程度

乳液、嗜好品（コーヒー・紅茶等）等、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

④教養娯楽費／1日 100円程度

花・習字・絵画・刺繍等の倶楽部活動等で使用する物品の材料費であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。

⑤行事費

バスハイクや外食レクリエーション、観劇等の費用や講師を招いて実施する行事の費用で、参加された場合にお支払いいただきます。

⑥健康管理費 実費相当

インフルエンザ予防接種等に係る費用で、希望され、接種された場合にお支払いいただきます。

⑦文書料

簡単な証明書・医証等：1，100円（税込）／1部

診断書：医師会規定に準拠

⑧その他の費用

- ・個人的に使用する機器等にかかる電気代／1日
- ・電話代（個室）

実費相当

実費相当

(4) その他サービス

①クリーニング（利用者と業者契約）

実費相当

※洗濯は原則、利用者又は家族にて実施して頂きますが、希望に応じ施設外業者のクリーニングを紹介します。（※費用は業者規定による）

(5) 利用者負担軽減について

①居住費・食費の利用者負担軽減

市民税世帯非課税（※）で介護保険施設・短期入所施設療養介護を利用している人の居住費・食費は、申請により下記の額に軽減されます。

※一定額の資産がある人（単身で500万円超、夫婦で1,500万円超）や、配偶者が市民税課税である場合などは対象外となります。

【利用者負担段階と負担限度額】

| 利用者負担段階 | 対象者 | 負担限度額（日額） | |
|---------|--|-------------|--------|
| | | 居住費 | 食費 |
| 第1段階 | ・市民税世帯非課税で、老齢福祉年金受給者 ・生活保護時給者 | 0円～490円 | 300円 |
| 第2段階 | ・市民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円／年以下の人 | 370円～490円 | 390円 |
| 第3段階① | ・市民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円／年以下の人 | 370円～1,310円 | 650円 |
| 第3段階② | ・市民税世帯非課税で上記以外の人 | 370円～1,310円 | 1,360円 |

※居住費の負担額は、居室の種類（多床室～個室）によって異なります。

※上記以外の人（利用者負担額第4段階の人）は、施設との契約で定めた額を支払います。

②高額介護サービス費

介護保険では、介護保険サービスを利用し、1ヶ月の利用者負担額（居住費・食費は除く）が下記に示す上限額を超えると、超えた金額を、高額介護サービス費として払い戻す制度があります。ただし、世帯に複数のサービス利用者がある場合は、上限額の適用が異なります。

【利用者負担の上限額】

※現役所得相当とは…

| 対象者 | 利用者負担の上限額 |
|--|------------------------------|
| ・生活保護受給者等 | 15,000 円（世帯） |
| ・市民税世帯非課税で老齢福祉年金受給者 | 15,000 円（個人） 24,600 円（世帯） |
| ・市民税世帯非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が年 80 万円以下の人 | 15,000 円（個人） 24,600 円（世帯） |
| ・市民税世帯非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が年 80 万円を超える人 | 24,600 円（世帯） |
| ・市民税世帯課税の人で以下（1）（2）に該当しない人 | 44,400 円（世帯） |
| ・市民税世帯課税の人で（1）課税所得が 380 万円（年収約 770 万円）以上 690 万円（年収約 1,160 万円）未満の 65 歳以上の人がいる世帯（注1） | 93,000 円（世帯） |
| ・市民税世帯課税の人で（1）課税所得が 690 万円（年収約 1,160 万円）以上の 65 歳以上の人がいる世帯（注1） | 140,100 円（世帯） |

注1 利用者が世帯主で、同一世帯に 19 歳未満（前年所得 38 万円以下）の人がいる場合、19 歳未満の世帯員数に応じた一定額が課税所得から控除されます。

※所得更生等を行った際は、遡って利用者負担の上限額が変更となる場合があります。

<お申込み・お問い合わせ先>

お住いの区役所・町村役場が窓口となります。

(6) 利用者負担金のお支払い方法

前期(1)(2)(3)(4)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、明細・領収書を翌月10日までに作成します。翌月末までに以下の方法でお支払い下さい。

1ヶ月に満たない期間のサービスに関する料金は、利用日数に基づいて計算した金額となります。

① 現金でのお支払い

窓口でのお支払い時期： 年中無休（365日） 9時00分～17時00分まで

② 電子決済支払い（クレジットカード、交通系電子マネー、QRコード等）

※一括支払いのみ対応可能です。分割、2回、リボ、ボーナス払い等のご利用できません。

③ 銀行口座引き落とし

④ 事業者指定口座への振り込み（振り込み手数料は、利用者負担となります）

・銀行口座 西日本シティ銀行 戸畑支店（普通）

口座番号 1035934

名 義 社会医療法人共愛会 介護老人保健施設 あやめの里
施設長 下河辺 勝世（しもこうべ かつよ）

※必ずご利用者名でのお振込みをお願いします。

領収書は、お振込確認後に郵送にてお渡しします。

（請求書・領収書は、毎月10日前後に発送予定）

お振込み手数料は、ご本人様負担となりますのでご了承ください。

(7) 領収書の発行

事業者は、利用者からの利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(8) 療養室の明け渡し

契約が終了するときは、利用者負担金を支払いの上、契約終了日までに療養室を明け渡していただきます。契約終了日までに療養室を明け渡さない場合、本来の契約終了日の翌日から現実に療養室が明け渡された日までの期間に係る所定の利用者負担金をお支払いいただきます。

1 1. 事故発生時の対応

当施設利用中は、責任を持ってサービス提供をさせていただきますが、いろいろ不測の事態も起きる可能性があります。ご家庭におけるような1対1のサービス提供というわけにはまいりません。目の届かない瞬間、場所がどうしてもあります。また、目前で見えていても病気自体の進行による急変も起こります。

①転倒：意識障害や骨折を起こすことがあります。

②誤嚥：高齢者は嚥下力が低下していることが多いので食物などを誤嚥し、呼吸困難となったり、肺炎を起こしたりすることがあります。

③環境の変化による不穏行動の発生：特に認知症のある方は、環境に順応するまでに時間がかかり、一時的に徘徊などの症状が悪化することがあります。

④その他：血圧の急上昇、意識障害、発熱などが起こることがあります。

サービス提供等により事故が発生した場合、利用者に対し必要な措置を行います。施設担当医の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は、他の専門的医療機関等での診療を依頼します。利用者の家族や予め届けられた連絡先さらには市町村に対して速やかに連絡します。

1 2. 損害賠償について

発生した事故が事業者の責任による場合は、事業者が加入する賠償責任保険等により損害賠償を行います。

ただし、事業者に故意・過失がない場合は、この限りではありません。

1 3. 非常災害時の対策

| | | | | |
|-----------------|--|------|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」に則り対応を行います。 | | | |
| 近隣との協力関係 | 北沢見市民防災会・南沢見市民防災会に非常時の協力をお願いしています。 | | | |
| 平常時の訓練等 防災設備 | 別途定める「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、入所者参加の上実施します。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 8ヶ所 |
| | 避難階段 | 2ヶ所 | 消火用散水栓 | あり |
| | 自動火災報知設備 | あり | 非常通報装置 | あり |
| | 避難誘導灯 | 37か所 | 避難器具表示板 | 4ヶ所 |
| | ガス漏れ報知設備 | あり | 非常用電源 | あり |
| | 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。 | | | |
| 消防計画等 | 防火管理者：犬塚 寛 | | | |

1 4. 協力医療機関

| | |
|---------|---|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院 |
| 院長名 | 今村 鉄男 |
| 所在地 | 北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号 |
| 電話番号 | 093-871-5421 |
| 診療科 | 内科 人工透析 消化器外科 呼吸器外科 血管外科 ヘルニア外科 乳腺外科 |
| | 形成外科 肝臓外科 整形外科 消化器病センター 泌尿器科 脳神経外科 |
| | 物忘れ 精神 眼科 皮膚科 歯科口腔外科 がん治療センター |
| | 救急総合診療部 画像診断センター 小児科 小児外科 看護外来 |
| 入院設備 | ベッド数 218床 |
| 救急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | <ul style="list-style-type: none"> ・あやめの里施設長、担当医師もしくは、看護師長の要請により戸畑共立病院は、利用者の病態悪化時やその他必要に応じ、速やかに処置を講ずる。 ・夜間においては、あやめの里夜勤担当看護師が、戸畑共立病院との連携責任を持つこととし、あやめの里職員の要請に従って、速やかに適切な処置を講ずる。 |

1 5. 協力歯科医療機関

| | |
|---------|--------------------------|
| 医療機関の名称 | 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院（歯科口腔外科） |
| 院長名 | 今村 鉄男 |
| 所在地 | 北九州市戸畑区沢見2丁目5番1号 |
| 電話番号 | 093-871-5421 |

16. 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | | |
|-----------|-------|--------------|
| 当施設ご利用相談室 | 窓口担当者 | 看護師長・各階介護責任者 |
| | | 支援相談員 |
| | ご利用時間 | 毎日 午前9時～午後5時 |
| | 電話番号 | 093-871-5902 |
| | FAX番号 | 093-871-5904 |

公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------|
| 住所地の介護保険係 | 戸畑区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 |
| | 所在地：北九州市戸畑区千防1丁目1番1号 | 093-871-4527 |
| | 若松区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 |
| | 所在地：北九州市若松区浜町1丁目1番1号 | 093-761-4046 |
| | 小倉北区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 |
| | 所在地：北九州市小倉北区大手町1番1号 | 093-582-3433 |
| | 小倉南区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 |
| | 所在地：北九州市小倉南区若園5丁目1番2号 | 093-951-4127 |
| 八幡東区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 | |
| 所在地：北九州市八幡東区中央1丁目1番1号 | 093-671-6885 | |
| 八幡西区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 | |
| 所在地：北九州市八幡西区黒崎3丁目15番3号 | 093-642-1446 | |
| 門司区保健福祉課 介護保険担当 | 電話番号 | |
| 所在地：北九州市門司区清滝1丁目1番1号 | 093-331-1894 | |
| 福岡県 国民健康保険団体連合会 (国保連) 介護保険課 | 所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7859 FAX番号 092-642-7856 対応時間 9:00～17:00 (土・日・祝日は除く) | |

17. 損害賠償責任者

| | |
|------|---|
| 保険会社 | 全国老人保健施設協会共済会 |
| 保険内容 | 全国老人保健施設協会が保険会社と契約する。 介護老人保健施設総合補償制度のうち、賠償事故補償制度に加入。 |

18. 当施設をご利用の際に留意していただく事項

| | |
|--------------|---|
| 来訪・面会 | 面会時間は原則 8:30～21:00 までとなっています。 |
| 外出・外泊 | 主治医の許可が必要になります。外泊・外出の際は、必ず職員に申し出の上、必要書類にご記入下さい。また、必ず家族等同伴でお願いします。 |
| 他の医療機関への受診 | 主治医の紹介状が必要となりますので、受診の前に必ずご相談ください。 ※ 緊急時を除き、無断で他の医療機関への受診は出来ません。 |
| 療養室・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、賠償していただくことがございます。 |
| 在宅復帰の推進 | 在宅復帰支援施設として、定期的に在宅復帰に関する相談を行うとともに、外出・外泊の練習やご自宅への訪問活動を行います。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は施設内禁煙、飲酒は禁止となっています。但し、飲酒は夏祭りなどの季節行事等において医師の許可を受けた方に限り、行っております。 |
| 迷惑行為等 | サービスを利用するにあたり、次のような迷惑行為防止について、ご協力ください。 <ul style="list-style-type: none"> ・他の利用者及び職員に対し、暴言・暴力・大声・脅迫・威嚇行為・セクハラ行為 ・故意に建物・設備・機器等を汚損または破損する行為 ・危険物や他人に危害を及ぼすもの、その可能性のあるものを持ち込む、騒音を出す行為 ・その他、他の利用者の療養生活に支障をきたすと思われる行為 上記行為について、再三の注意にもかかわらず改善なき場合、退所して頂くことがあります。また、家族、その関係者に同様の行為がある場合、以後面会の制限を行う場合があります。 |
| プライバシーの保護 | 当施設で知り得た他利用者・家族のプライバシー保護について、ご協力ください。これは職員の情報についても同様です。 <ul style="list-style-type: none"> ・他利用者・家族・職員の個人情報（氏名・住所・年齢・写真等）を本人の許可無く blog（ブログ）、Twitter（ツイッター）、Facebook（フェイスブック）、LINE（ライン）等のインターネット上へ掲載しないようにしてください。 ・近所のお知り合いの方が入所されている場合があります。個人のプライバシー保護にご協力ください。 |
| 所持品の管理 | 原則としては、利用者・家族にて各自管理をお願いします。 |
| 現金等の管理 | 原則としては、利用者・家族にて各自管理をお願いします。 |
| 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 | 施設内のペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |