

重要事項説明書（介護医療院 ありあけ）

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人 幸知会
主たる事務所の所在地	大牟田市船津町440番地3
法人種別	医療法人
代表者の氏名	理事長 松尾 知幸
電話番号	0944-52-5245 0944-52-5246

2. ご利用施設

施設の名称	介護医療院 ありあけ
施設の所在地	大牟田市船津町440番地3
都道府県知事許可番号	1介第2139号
施設長の氏名	松尾 知幸
電話番号	0944-52-5245 0944-52-5246
ファクシミリ番号	0944-52-5247

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定利用定員		利用定員	大牟田市 基準該当 サービス
	指定年月日	指定番号		
介護医療院	令和 2年2月1日	40B1500022	65名	該当
通所リハビリテーション 予防通所リハビリテーション	令和 2年2月1日	4014414504	28名	該当
指定居宅支援事業所	平成14年3月1日	4071501193	—	該当

4. 施設の目的と運営の方針

施設の目的	「医療の必要な要介護者の長期療養・生活施設」として日常的な医学管理やターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を兼ね備えた施設です。利用者の生活様式に配慮し、長期療養生活を送るのに相応しいプライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境、経管栄養や喀痰吸引等を中心とした日常的・継続的な医学管理や充実したターミナルケア等の施設サービスを提供します。
運営の方針	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を行うことにより、その方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。

5. 施設の概要

介護医療院施設 「介護医療院 ありあけ」

敷 地		3581.01㎡
建 物	構 造	3 階建
	延床面積	1896.19㎡
	利用定員	65名

(1) 療養室

療養室の種類	室 数	面 積	1人あたり面積
1人部屋	1	14.4㎡	14.4㎡
2人部屋	1	19.0㎡	9.5㎡
2人部屋	1	19.8㎡	9.9㎡
4人部屋	5	31.5㎡	7.8㎡
4人部屋	4	30.7㎡	7.6㎡
4人部屋	2	30.9㎡	7.7㎡
4人部屋	1	32.2㎡	8.0㎡
4人部屋	1	30.3㎡	7.5㎡
4人部屋	1	31.0㎡	7.7㎡
4人部屋	1	30.9㎡	7.7㎡

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積	特 色
機能訓練室	1	114.2㎡	
食堂	1	75.7㎡	
談話室			食堂と共用
一般浴室	2	45.2㎡	
機械浴室	特殊浴槽 1台	45.3㎡	

6. 職員体制

(1) 介護医療院

従業者の職種	員数	区 分				常勤換算 後の人員	指定基準	保有資格
		常 勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
医師	1		1			0. 7	0. 7	
薬剤師	1		1			0. 3	0. 3	
栄養士	1	1				1	1	管理栄養士 1
看護職員	1 6	1 6				1 6	1 0. 9	正・看 4 准・看 1 2
介護職員	1 5	1 4		1		1 4. 6	1 3	介護福祉士 1 0
理学療法士及 び作業療法士	2		2			1	1	理学療法士 2
介護支援専門員	1	1				1	1	

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

（１）介護保険給付によるサービス

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介護を提供します。 医師による定期診察は、週に一回行います。 それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。 ただし、当施設では行えない手術等急性期治療については急性期医療機関へ、また精神科治療が必要な場合には、精神病院に入院して治療していただく場合があります。
機能訓練	理学療法士による機能訓練を入所者の状況にあわせて行います。
栄養管理	管理栄養士による栄養状態、健康状態に着目した栄養ケア・マネジメントを行います。
排せつ	入所者の状況にあわせて行います。
入浴・清拭	入浴日；月・火・木・金曜日 入浴日以外は清拭いたします。
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	シーツ交換は週１回行います。
介護相談	入所者とその家族からのご相談に応じます。

利用料（多床室）

介護度	サービス費 （１日につき）	自己負担額 （１日につき）	その他に各種加算、特別診療費が 加算されます
要介護 1	770単位	770円	※別紙参照
要介護 2	867単位	867円	
要介護 3	1,075単位	1,075円	
要介護 4	1,165単位	1,165円	
要介護 5	1,245単位	1,245円	

利用料（個室）

介護度	サービス費 （１日につき）	自己負担額 （１日につき）	その他に各種加算、特別診療費が 加算されます
要介護 1	659単位	659円	※別紙参照
要介護 2	755単位	755円	
要介護 3	963単位	963円	
要介護 4	1,053単位	1,053円	
要介護 5	1,133単位	1,133円	

注 自己負担額については負担割合率によって異なります。

※高額介護サービス費の払い戻し制度があります。（上限額を超えた分が後から支給されます）
所得に応じた負担の限度額は、月額15,000円、24,600円、44,400円、93,000円、140,100円です。

※詳細については、市町村窓口へお問い合わせください。

(2) 介護保険給付外サービス

当施設におきましては介護保険給付以外サービスとして次に基づく事を提供しております。

サービスの種別	内 容	自己負担額
居住費	室料、光熱水費に相当する費用。 従来型個室や多床室など環境によって異なります。	従来型個室 1,728円/日 多床室（2人・4人部屋） 437円/日 (※注)
食費	食事時間：朝食 8時～9時 昼食 12時～13時 夕食 18時～19時 (欠食の連絡は前日の午前中までをお願いします。) 献立表は、廊下の掲示板に掲示しています。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。お茶及び白湯は毎食お配りします。 管理栄養士による栄養指導も行っています。	・食費 朝食 350円 昼食 570円 夕食 525円 (経管栄養 1,445円/日) (※注)
理髪	ヘアステーション「まごころ」の出張サービスをご利用いただけます。	カット代 1,600円 他

(※注) 所得の低い方は居住費と食費の利用負担が軽減されます。

利用者の所得段階	基準額	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
居住費					
多床室	437円	0円	430円	430円	430円
個室	1,728円	550円	550円	1,370円	1,370円
食費	1,445円	300円	390円	650円	1,360円

第1段階：生活保護受給者・老齢福祉年金受給者

第2段階：非課税世帯で、本人の合計所得金額＋年金収入額の合計が80万円以下

第3段階①：非課税世帯で、本人の合計所得金額＋年金収入額の合計が80円超120万円以下

第3段階②：非課税世帯で、本人の合計所得金額＋年金収入額の合計が120万円超

8. 秘密の保持

- (1) 事業者及び事業者の職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者、利用者の家族又は身元引受人の秘密を保持します。
- (2) 事業者は、事業者の職員が退職後、在職中知り得た利用者、利用者の家族又は身元引受人の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

9. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室（窓口担当者は、看護師長で介護支援専門員の西山清子、電話0944-52-5245）までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

その他、当施設以外に市町村・国民健康保険団体連合会でも苦情や相談ができます。

大牟田市保健福祉部福祉課
大牟田市有明町2丁目3

電話；0944-41-2683 FAX；0944-41-2662

福岡県国民健康保険団体連合会
福岡市博多区吉塚本町13番47号

電話；092-642-7859 FAX；092-642-7857

荒尾市保険介護課介護保険係
熊本県荒尾市宮内出目390番地

電話 ; 0968-63-1418 FAX ; 0968-69-0955

熊本県国民健康保険団体連合会
熊本県熊本市東区健軍1丁目18-7

電話 ; 096-214-1101 FAX ; 096-214-1105

10. 非常災害時の対策

従業者は地震および火災等の非常災害に際して、要介護者等の人命の安全確保を優先した避難、誘導等の措置をとらなければならない。従業者は非常災害を発見、又はその発生の危険性を察知したときは、臨機の措置をとるとともに、当該状況を管理者もしくは他の従業者に連絡し、所轄消防機関等に通報するなど適切な措置によりその被害を最小限にとどめるように努めなければならない。消防法第8条に規定する防火管理者は、非常災害に関する具体的計画（消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画）を策定するとともに、当該計画に基づく消火、通報及び避難の訓練（年2回実施）等の消防業務を行うものとする。

11. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行い、事故の原因を解明し、再発生を防ぐために対策を講じます。

12. 虐待防止のための措置

当院は虐待の発生又はその再発を防止するため以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し虐待防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) (1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- (5) 虐待が発生した場合、速やかに市町村に通報し市町村が行う虐待等に対する調査等に協力いたします。

13. 身体的拘束等の禁止

当院はサービスの提供に当たり、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行わないものとします。

- (1) 身体的拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (2) 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (4) 従業者に対し身体的拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

14. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間 ； 11時～20時 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度ナースセンター前の面会簿記入をお願い致します。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には必ず行き先と帰院日時等を届出用紙に記入提出ください。(欠食の場合は、前日までに申し出をお願いします)
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。
寝具	施設指定のものとさせていただきます。その他の持ち込みを希望される場合は、ご相談ください。
喫煙	施設内禁煙となっております。
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。又、やみくもに他の入所者の居室等に入らないようにしてください。
所持品・現金等の管理	自己管理にてお願いします。 また、飲食物の持ち込みはできるだけお控え下さい。やむを得ず持ち込む場合は必ず職員にお伝え下さい。予防衛生の観点から、特に施設外からの生ものの食品については厳禁です。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入所者に対する執拗な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。

※ 当施設では利用者及び、ご家族の方よりの職員に対する物品等の受領は強く禁止しております。御心遣いなきようお願い致します。

※ 当施設ご利用については、当施設の規則および理事長はじめ職員の指示に従っていただきますようお願い致します。尚、ご了承いただけない場合は、退所となる事もあります。

協 力 医 療 機 関

大牟田市立病院・・・・・・・・・・・・・・0944-53-1061
 社会保険大牟田天領病院・・・・・・・・・・0944-54-8482
 井上歯科小児歯科医院・・・・・・・・・・0944-58-5158

※他、大牟田市、荒尾市、高田町等の各病・医院に御協力いただいております。

加算別紙

種 類	内 容	利用料金
夜間勤務等看護加算Ⅳ	夜勤の看護職員又は介護職員の配置が20:1以上かつ2人以上の場合に加算。	70円／1日
外泊時費用	居宅への外泊の場合、1月に6日を限度に施設サービス費に代えて算定(外泊初日・最終日以外)。	3,620円／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、1月に4日を限度に施設サービス費に代えて算定。	3,620円／日
協力医療機関連携加算	相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している協力医療機関と連携している場合。	500円／1月
初期加算	入所した当初には、施設での生活に慣れる為に様々な支援を必要とすることから算定。過去3カ月間(認知症自立度判定ランクⅢ以上の方は過去1カ月間)に入所したことがない場合。	300円／1日 入所日から30日間
口腔衛生管理加算(Ⅰ)	歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、入所者に対して口腔ケアを月2回以上行った場合。	900円／1月
栄養マネジメント強化加算	入所者の栄養状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて多職種共同により栄養マネジメントを行った場合。	110円／1日
退所時指導加算	入所期間1カ月を超える入所者が退所しその居宅において療養を継続する場合、退所時に入所者及び家族に退所後の療養上の指導を行った場合。	4,000円／1日 (1人につき1回)
退所時情報提供加算(Ⅰ)	退所後の主治医に対して、利用者の診療情報、心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。	5,000円／1日 (1人につき1回)
退所時情報提供加算(Ⅱ)	退所後の医療機関に対して、利用者の心身の状況、生活歴等を示す情報を提供した場合。	2,500円／1日 (1人につき1回)
退所前連携加算	居宅介護支援事業者に対して、診療状況を文書で情報提供し、居宅サービスの調整を連携して行った場合。	5,000円／1日 (1人につき1回)
退所前訪問指導加算	1カ月以上入所していた入所者の退所時、退所後の生活拠点を訪問し、当該退所者及び家族等に対して退所後の療養上の指導を行う場合。	4,600円／1回 (入所中1回又は2回を限度)
療養食加算	医師の食事箋に基づく療養食を提供した場合。	60円／1日3回を限度
経口移行加算	経管により食事を摂取する入所者について、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場合。	280円／1日 (180日を限度)
経口維持加算(Ⅰ) (Ⅱ)	摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる方を対象とし、経口による食事摂取を維持できた場合。 Ⅰ 著しい誤嚥が認められる者を対象とし、他職種の者が共同して、食事の観察及び会議等を行い計画書を作成。 Ⅱ 食事の観察及び会議等に医師(配置医師除く)・歯科医師・歯科衛生士又は言語聴覚士いずれも1名以上が加わった場合。	Ⅰ 4,000円／1月 Ⅱ 1,000円／1月

再入所時栄養連携加算	厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者。	2,000円／1回
退所時栄養情報連携加算	厚生労働大臣が定める特別食等を必要とする者で、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。	700円／1回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	介護職員のうち勤続10年以上の介護福祉士の割合が35%を超えて配置されている場合。	220円／1日
安全対策体制加算	安全対策の基準に適合している介護医療院がサービスを実施した場合。	200円／入所初日
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	感染症発生時に協定医療機関との連携を構築している場合。	100円／1月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染症発生時に協定医療機関との連携を構築している場合。	50円／1月
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護職員の処遇改善を目的に、基準に適合している施設が、入所者に対してサービスを行った場合。	所定単位数に4.7%を乗じた単位数／月
初期入所診療管理	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、本人または家族の方へ説明を行う。 過去3カ月間(認知症自立度判定ランクⅢ以上の方は過去1カ月間)に入所したことがない場合。	2,500円／1回
緊急時治療管理	入所者の病状が重篤となり、救命救急医療が必要となる場合において緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合。	5,180円／日 (月1回連続する3日間を限度)
特定治療	老人保健法の規定による、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った場合。	医科診療報酬点数表に定める点数に10円を乗じて得た数
感染対策指導管理	施設全体で感染対策を行っている場合。	60円／1日
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	施設全体で褥瘡対策を行っている場合。 及び、日常生活の自立度B以上の方のみ。	60円／1日
医学情報提供(Ⅰ)	医師より退所時に病院へ紹介文書を記入した場合	2,200円／1日
医学情報提供(Ⅱ)	医師より退所時に診療所へ紹介文書を記入した場合。	2,900円／1日

介護医療院 ありあけ 加算一覧表

※ 同意を得て実施した場合、上記金額は負担割合によって異なります。

令和7年4月1日 現在

私は、本書面に基づいて、医療法人 幸知会の職員

(職名 看護師長 氏名 西山 清子) から

上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

(利 用 者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

(署名代行者)

私は、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 () _____

電話番号 () _____

(利用者の家族等)

住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 () _____

電話番号 () _____

同意書

介護医療院である介護医療院 ありあけの看護、介護職員などにより開催されるサービス担当者会議等において支援が適切及び円滑に行われるための連絡調整及び利用者・家族の希望または当施設の判断による介護保険施設・医療機関等への入所・入院に伴う情報提供に必要な範囲において個人情報（利用者及びその家族）を提供することを承諾いたします。

令和 年 月 日

（サービス事業者）

介護医療院 ありあけ 殿

（利用者）

住 所

氏 名

電話番号 （ ）

（署名代行者）

私は、利用者の意見を確認したうえ、上記署名を代行しました。

住 所

氏 名

続柄 （ ）

電話番号 （ ）

（利用者の家族等）

住 所

氏 名

続柄 （ ）

電話番号 （ ）