

施設の設置・運営法人

- (1)法人名 医療法人 尚和会
(2)法人所在地 兵庫県宝塚市向月町19番5号
(3)連絡先 TEL 0797-84-8811
FAX 0797-87-9606
(4)代表者 理事長 那須 輝

施設の概要

- (1)施設の名称 介護老人保健施設 ケアヴィラ宝塚
(2)施設の所在地 兵庫県宝塚市亀井町10番51号
(3)連絡先 TEL 0797-71-6510
FAX 0797-71-6503
(4)ホームページ <http://carevilla.com/takarazuka>
(5)事業者番号 2851180048
(6)管理者名 兵庫谷 章（医師）
(7)利用定員 100名
(8)開設年月日 平成17年4月1日

事業目的

当施設は、要介護状態と認定された利用者（以下単に「利用者」という。）に対し介護保険法令の趣旨に従って、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した生活を営むことができるようにするとともに、利用者の居宅における生活への復帰を目指した介護保険施設サービスを提供する事を目的とする。

運営方針

当施設では、利用者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施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練・看護・介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。

当施設であわせて実施している事業

| 事業の種類 | 兵庫県知事の事業者指定 | | 利用定数 |
|--------------------------------|-------------|------------|------|
| | 指定年月日 | 指定番号 | |
| ユニット型入所療養介護 | 平成29年4月1日 | 2851180063 | 21人 |
| ユニット型短期入所療養介護 | 平成29年4月1日 | 2851180063 | |
| ユニット型予防短期入所療養介護 | 平成29年4月1日 | 2851180063 | |
| 入所・短期入所療養介護 | 平成17年4月1日 | 2851180048 | 79人 |
| 介護予防短期入所療養介護 | 平成18年4月1日 | 2851180048 | |
| 通所リハビリテーション | 平成17年4月1日 | 2851180048 | 35人 |
| 介護予防通所リハビリテーション | 平成18年4月1日 | 2851180048 | |
| 介護予防訪問リハビリテーション 訪問リハビリテーション | 令和3年12月1日 | 2851180048 | |

利用対象者

(1)当施設を利用できるのは、要介護1～5に認定され、病状等が安定されている方が対象となります。

(2)利用開始時に要介護認定1～5の方、病状が安定している方であっても、利用後に要介護認定者でなくなった場合、医療機関へ入院となった場合は、利用を終了(退所)して頂くことになります。

施設の概要

(1)敷地及び建物

| | | |
|----|-------|-------------------------|
| | 敷地 | 3.868.69 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造地上5階建建(耐火建築) |
| | 延べ床面積 | 5.204.90 m ² |
| | 内老健面積 | 4.359.30 m ² |
| | 利用定員 | 100名(内ユニットケア21名) |

(2)療養室

当施設では下記の居室をご用意しています。入所して頂く居室は、個室及び多床室があり、ご契約者の希望・心身の状況や空室状況を勘案して決定します。

| 居室の種類 | 室数 | 設備 | 面積 | 1人当たりの面積 |
|-------|-----|-------------|--|--------------------|
| 従来型個室 | 2室 | 洗面台・床灯台・トイレ | 15.75m ² ～17.55m ² | |
| 2人部屋 | 1室 | 洗面台・床灯台 | 18.07m ² | 9.03m ² |
| 4人部屋 | 18室 | 洗面台・床灯台 | 33.05m ² | 8.26m ² |

※指定基準は、1人あたり8m²

▶居室の変更

ご契約者の心身状況により、施設側で居室変更をする場合があります。その場合、ご契約者やその家族へ事前に報告させていただきます。

(3)その他主な設備

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 1人当たりの面積 |
|-------------|-----|----------------------|--------------------|
| 診察室 | 1室 | 21.91m ² | 2.19m ² |
| 機能訓練室 | 2室 | 133.96m ² | 1.33m ² |
| 談話室 | 3室 | 104.59m ² | 1.04m ² |
| 食堂 | 3室 | 401.67m ² | 4.01m ² |
| 一般浴室 | 3室 | 59.79m ² | 0.59m ² |
| 機械浴室 | 2室 | 36.00m ² | 0.36m ² |
| レクリエーションルーム | 2室 | 47.52m ² | 0.47m ² |
| トイレ | 26室 | 99.27m ² | 0.92m ² |

施設の職員体制(従来型のみ)

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | 常勤換算後の人数 | 事業者の指定基準 |
|-------------------|------|------|-----|----------|----------|
| | | 常勤 | 非常勤 | | |
| 管理者(施設長) | 1(1) | 1(1) | | 1 | 1 |
| 医師 | 1(1) | 1(1) | | 1 | 1以上 |
| 薬剤師 | 1 | | 1 | 0.4 | 0.4以上 |
| 看護職員 | 13 | 8 | 5 | 7.2 | 7以上 |
| 介護職員 | 31 | 23 | 8 | 27.3 | |
| 理学・作業療法士 言語聴覚士 | 8 | 8 | | 8 | 1以上 |
| 管理栄養士 | 2 | 2 | | 2 | 1以上 |
| 支援相談員 | 2 | 2 | | 2 | 1以上 |
| 介護支援専門員 | 2 | 2 | | 2 | 1以上 |
| 事務員 | 3 | 3 | | 3 | |

() 兼務

令和6年4月1日現在

職員の勤務体制

| 従事者の職種 | 勤務体制 | 時間帯 |
|----------|---------------|-------------|
| 管理者 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 医師 | 日勤 夜間オンコール | 8:30~17:30 |
| 薬剤師 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 看護職員 | 早番 | 7:30~16:30 |
| | 日勤 | 8:30~17:30 |
| | 遅番 | 10:30~19:30 |
| | 夜勤(1人/日) | 17:00~翌9:00 |
| 介護職員 | 早番 | 7:30~16:30 |
| | 日勤 | 8:30~17:30 |
| | 遅番 | 10:30~19:30 |
| | 夜勤(5人/日) | 17:00~翌9:00 |
| 理学・作業療法士 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 管理栄養士 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 支援相談員 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 介護支援専門員 | 日勤 | 8:30~17:30 |
| 事務員 | 日勤 | 8:30~17:30 |

(1)介護保険給付サービス

➤食事介助

管理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バラエティに富んだ食事を提供します。

食事はできるだけ離床して食堂で摂って頂けるよう配慮します。

| | | | | |
|---------|----|--------|-----|--------|
| 〈食事の時間〉 | 朝食 | 8:00～ | | |
| | 昼食 | 12:00～ | おやつ | 15:00～ |
| | 夕食 | 18:00～ | | |

- ・管理栄養士を1名以上配置し、医師、管理栄養士等が利用者の健康、栄養状態を定期的にチェックし、栄養管理をしていきます。
- ・経管により食事を摂取する利用者について、経口摂取への移行が可能であると判断した場合、医師の指示に基づき経口摂取を進めます。
- ・医師の指示箋に基づき、利用者に適切な栄養量及び療養食を提供します。

➤排泄介助

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
- ・おむつ等、排泄ケア用品を利用される場合は、利用者に適した用品の提供を行います。
- ・介助はできるだけ同性の職員が行います。

➤入浴介助

- ・週2回の入浴又は清拭を行います。
- ・一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には、機械浴を用いて対応します。
- ・介助はできるだけ同性の職員が行います。

➤離床・整容等

- ・寝たきり防止のためできる限り離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考えて、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・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します。
- ・シーツ交換は週1回、寝具の消毒は随時実施します。

➤機能訓練

- ・理学療法士・作業療法士により利用者の状況にあわせた機能訓練を行います。
- ・日常生活を送るのに必要な機能の回復及び心身の機能低下を防止するよう努めます。

➤健康管理

- ・利用者が当施設入所の時点で、施設の医師が主治医となります。
医師により診察日を設けて健康管理に努めます。
- ・緊急等必要な場合は主治医、あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
- ・入所者が外部の医療機関に通院する場合は、お付添いは原則ご家族様にお願いいたします。

➤相談及び援助

- ・利用者及びご家族からの相談に誠意をもって応じ、可能な限り援助を行うよう努めます。
- ・要介護認定更新についても必要な援助を行います。

※介護保険適用であっても、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は施設利用料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに提供証明書と領収書を発行します。

(2)介護保険給付外サービス・その他利用料

- ・ 特別な居室利用……………施設利用料金表のとおりご負担いただきます。
- ・ レクリエーション行事……………施設外レクリエーションについて実費(交通費・入場料等)
- ・ クラブ活動……………実費

※ レクリエーション行事、クラブ活動は任意でのご参加となります。

(3)委託業者によるサービス(希望される方)

- ・ 日用品リース
- ・ 肌着リース
- ・ 理美容サービス

協力医療機関

| | |
|---------|--|
| 医療機関の名称 | 医療法人 尚和会 宝塚第一病院 |
| 院長名 | 那須 輝 |
| 所在地 | 〒665-0832 宝塚市向月町19番5号 |
| 電話番号 | 0797-84-8811 |
| FAX番号 | 0797-81-2345 |
| 診療科 | 内、外、小、整、脳外、眼、皮、泌、形成、美容、小外、心外、胃 循、アレルギー、リウマチ、心療、リハ、肛、放、麻 |
| 入院設備 | ベット数 199床 |
| 緊急指定の有無 | 有 |
| 契約の概要 | 当施設と第一病院とは、入所者の病状に急変があった場合等迅速に 対応できるよう協力医療機関契約を締結して緊急時に備えています |

| | |
|---------|--------------------------------------|
| 医療機関の名称 | 田中歯科医院 |
| 院長名 | 田中 徹 |
| 所在地 | 〒665-0033 宝塚市伊子志3丁目12番23号 ファミール逆瀬106 |
| 電話番号 | 0797-73-6430 |
| 診療科 | 歯科 |
| 契約の概要 | 当施設と田中歯科医院とは、連携をとり通院・往診にて対応しています |

要望及び苦情等の相談

* 当事業所における相談・苦情

| | | |
|-----------|---------|--|
| 〔当事業者の窓口〕 | 苦情解決責任者 | 事務長 |
| | 苦情解決担当者 | 支援相談員 |
| | 受付時間 | 午前9時～午後5時15分(土日祝、休み) |
| | 連絡先 | TEL : 0797-71-6510 FAX : 0797-71-6503 |

・1Fロビーに設置しております「ご意見箱」をご利用いただき、お申し出いただくこともできます

* 介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記の相談窓口があります

| | | |
|---------------------------------|-------|-----------------------------------|
| 《市町村の窓口》 宝塚市 | 所在地 | 〒665-0032 宝塚市東洋町1-1 |
| | 電話番号 | 0797-71-1141 |
| 〈その他市町村〉 | 受付時間 | 午前9時～午後5時15分(土日祝 休み) 宝塚市 介護保険課 |
| | | 各市町村介護保険課 |
| 《公的団体の窓口》 兵庫県国民健康保健 団体連合会 | 所在地 | 〒650-0021 神戸市中央区三宮1丁目1-1801号 |
| | 電話番号 | 078-332-5617 |
| | FAX番号 | 078-332-5650 |
| | 受付時間 | 午前9時～午後5時(土日祝、休み) |

非常災害時の対策

| | | | | | |
|----------|---|-----|---------|-----|---|
| 非常対策時の対応 | 別途定める「ケアヴィラ宝塚 消防・防災マニュアル」に従って対応します。 | | | | |
| 非常時災害時訓練 | 当施設では年2回の非常時災害訓練を実施しており万一の災害に備えて職員が迅速に活動できるように訓練いたしております。訓練の際は、入居者の皆様にも参加いただいておりますのでご協力をおねがいたします。 | | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 | X |
| | スプリンクラー | あり | 防火水槽 | 1基 | |
| | 避難階段 | 1ヶ所 | 避難用滑り台 | なし | |
| | 自動火災報知機 | あり | 非常通報装置 | あり | |
| | 誘導灯 | あり | 漏電火災報知機 | あり | |
| | ガス漏れ報知機 | 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:新谷 康宏 消防署への届出:平成30年5月9日 | | | | |

*** 利用者と代理人は以下の権利を事業者に対して主張することができます。**

- ・独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
- ・生活や介護サービスにおいて十分な情報が提供され、個人の好み、および主体的な決定が尊重される権利
- ・安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
- ・自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
- ・必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受ける権利
- ・家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
- ・地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行う権利
- ・暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
- ・生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けない権利
- ・生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

当施設ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|-------------|---|
| 来訪・面会 | 面会時間:午前10時～午後5時30分 各階サービスステーションにて面会表に「利用者氏名」「面会者氏名」等の必要事項を記入してください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出て「外出・外泊許可申請書」をご記入ください。 外泊中の体調不良時等には、施設にご連絡ください。 |
| 消灯時間 | 午後9時 |
| 医療機関の受診 | 当施設には常勤の医師がおり、利用者の健康管理をしております。そのため、他の医療機関への受診には、当施設の紹介が必要です。ご家族・利用者様が他の医療機関への受診を希望される際には、当施設の医師・看護師・支援相談員にご相談ください。施設の医師が専門医の診察を必要と判断した場合は、医療機関に受診して頂きます。その際、付添はご家族にお願いしております。万一入院加療が必要となった場合は、搬送先の病院にて所定の手続きを行ってください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 施設内の居室・設備・器具は本来の用法にしたが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、弁償して頂くことがあります。 |
| フロア・居室の変更 | 利用者及び他入所者の心身状況により、施設側で居室変更をする場合があります。その際は、利用者や家族へ事前に報告させて頂いた上、フロア及び居室変更させて頂きます。 |
| 喫煙・飲酒 | 原則として禁煙・禁酒といたします。 |
| おやつを持ち込み | 面会時に皆様と一緒に召し上がって頂くことは可能ですが、残りを置いて帰る、他の入所者にお渡しになるといった行為はご遠慮ください。衛生面から利用者の健康を管理する上で、以上のことを必ずお守り下さるようお願いいたします。 |
| 迷惑行為 | 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、むやみに他の利用者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 | 私物には必ず氏名をご記入ください。入所時、職員が持ち込み品の確認をさせて頂きますが、必要のない物はできるだけお持ち込みにならないようお願い致します。また、入所以降に持ち込み品が増えた場合は必ずお申し出ください。氏名記入の無い物が万一紛失、破損等した場合、当施設では一切責任を負いかねます。 |
| 現金・貴重品等の管理 | 現金、キャッシュカード、印鑑等の貴重品、時計等高価な品のお持ち込みはお断り致します。万一の紛失、破損等については当施設は一切責任を負いかねます。事務室にて立て替え事由が発生した場合は、後日精算請求することと致します。 |
| 宗教・政治活動 | 施設内での他の利用者に対する営利行為・宗教活動(神具・仏具等の持ち込みなども含む)・特定の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および飼育はお断りします。 |

介護保険サービスについて

1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みにあたり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2. 介護保健施設サービス

当施設でのサービスは、どのような介護サービスを提供すれば家庭に帰っていただける状態になるかという施設サービス計画に基づいて提供されます。この計画は、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、利用者及び代理人の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 入所期間について

ケアヴィラ宝塚では、入所期間は原則3ヶ月単位の入所となっており、退所してから在宅で3ヶ月ほど生活していただければ、再入所も可能です。

4. 生活サービス

当施設入所中も明るく家庭的な雰囲気のもとで生活していただけるよう、常に利用者の立場に立って運営しています。

5. 医療

介護老人保健施設は入院の必要のない病状が安定されている方を対象としていますが、医療・看護職員が常勤していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

6. 介護

施設サービス計画に基づいて実施します。

7. リハビリテーション

原則としてリハビリテーションルーム(機能訓練室)にて行いますが、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。リハビリテーション実施計画に基づき、リハビリテーションをすすめます。

8. 栄養管理

栄養ケア計画に基づき、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。

9. 利用料金

1) 介護保険施設サービス費

当施設は、介護保健施設サービス費Ⅰを算定しております。

| | | サービス単位(1日) | | 介護報酬(1日) | | 利用者1割負担額(1日) | | 利用者負担額(30日の場合) | |
|------|-------|------------|-------|----------|--------|--------------|-------|----------------|--------|
| | | 基本型 | 強化型 | 基本型 | 強化型 | 基本型 | 強化型 | 基本型 | 強化型 |
| 要介護1 | 従来型個室 | 717 | 788 | 7,657 | 8,415 | 766 | 842 | 22,980 | 25,260 |
| | 多床室 | 793 | 871 | 8,469 | 9,302 | 847 | 931 | 25,410 | 27,930 |
| 要介護2 | 従来型個室 | 763 | 863 | 8,148 | 9,216 | 815 | 922 | 24,450 | 27,660 |
| | 多床室 | 843 | 947 | 9,003 | 10,113 | 901 | 1,012 | 27,030 | 30,360 |
| 要介護3 | 従来型個室 | 828 | 928 | 8,843 | 9,911 | 885 | 992 | 26,550 | 29,760 |
| | 多床室 | 908 | 1,014 | 9,697 | 10,829 | 970 | 1,083 | 29,100 | 32,490 |
| 要介護4 | 従来型個室 | 883 | 985 | 9,430 | 10,519 | 943 | 1,052 | 28,290 | 31,560 |
| | 多床室 | 961 | 1,072 | 10,263 | 11,448 | 1,027 | 1,145 | 30,810 | 34,350 |
| 要介護5 | 従来型個室 | 932 | 1,040 | 9,953 | 11,107 | 996 | 1,111 | 29,880 | 33,330 |
| | 多床室 | 1,012 | 1,125 | 10,808 | 12,015 | 1,081 | 1,202 | 32,430 | 36,060 |

- * 表の1単位の単価は、法令による地域区分によって定められており、宝塚市は1単位を10.68円で計算します。
- * 表の施設利用料1日分と30日の場合とでは、金額換算時の端数処理により、差異が生じています。
- * 基本型と強化型については、月々の利用状況変動により、不定期に月単位で変更することがあります。
- * 表の料金は、介護保険負担割合 1割の方の負担額です。
2割・3割負担の方は、上記金額にそれぞれの割合を乗じた金額が利用料金となります。

2) 各種加算

| 項目 | 加算単位(1日) | 内 容 | ☑ |
|------------------------|------------|--|---|
| 初期加算 | (Ⅰ) | 60 急性期医療機関の一般病棟に入院後30日以内に退院し、入所した場合。かつ当該施設の空床情報をウェブサイトや地域ネットワークに定期的に公表し、複数の急性期医療機関に情報共有を行っている場合、入所した日から30日以内の期間は1日につき加算 | |
| | (Ⅱ) | 30 入所した日から30日以内の期間は1日につき加算 | |
| サービス提供体制強化加算 | (Ⅰ) | 22 ①介護福祉士が80%以上 ②勤続10年以上介護福祉士35%以上 いずれかが配置されていること | |
| | (Ⅱ) | 18 介護福祉士が60%以上配置されていること | |
| | (Ⅲ) | 6 ①介護福祉士50%以上 ②常勤職員が75%以上 ③勤続年数7年以上ある者が30%以上 いずれかが配置されていること | |
| 夜勤職員配置加算 | 24 | 入所者20名に対して1名を上回る夜勤職員配置している加算 | |
| 短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ) | 258 | 入所の日から起算して3ヶ月以内の期間に、集中的にリハビリテーションを個別に行い、かつ1ヶ月に1回以上ADL等評価行うと共に、その結果等情報を厚生労働省に提出し、必要に応じリハビリテーション計画を見直している場合に加算 | |
| 認知症短期集中リハビリテーション実施加算 | (Ⅰ) | 240 (Ⅱ)に適合し、かつ、入所者の居宅を訪問し生活環境を把握、それを踏まえたリハビリテーションを計画・実施した場合に加算 | |
| | (Ⅱ) | 120 入所の日から起算して3ヶ月以内の期間に、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、集中的(週に3日を限度)なりハビリテーションを個別に行った場合に加算 | |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 | (Ⅰ) | 53/月 (Ⅱ)に適合し、かつ、栄養マネジメント強化加算及び口腔衛生管理加算(Ⅱ)を算定。計画書等の内容について、リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養情報を関係職員が一体的に共有、必要な見直しをしている場合に加算 | |
| | (Ⅱ) | 33/月 医師、療法士等が共同し、リハビリテーション実施計画を入所者又はその家族等に説明し継続的に質の管理を行い、実施計画内容等の情報を厚生労働省に提出し、提供に当たって必要な情報を活用している場合に加算 | |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 | (Ⅰ) (Ⅱ) | 51 在宅復帰に向け入所者の家族と連絡調整を行ない、居宅介護支援業者に対して必要な調整・情報提供をし一定の指標を得た場合の加算 | |
| 栄養マネジメント強化加算 | 11 | 入所者50名に対して1名を上回る管理栄養士が配置され、入所者の栄養状態に配慮した栄養管理が計画的に行われている事。低栄養リスクの高い入所者に対し他職種が共同して作成した栄養ケア計画に従い、週3回以上食事の観察と食事調整等実施を行った場合の加算 | |
| 療養食加算 | 6/回 | 利用者の心身の状況にあわせ、医師の指示により糖尿病・心臓食・腎臓食・貧血食等の療養食の提供を行った場合に加算 | |
| 再入所時栄養連携加算 | 200 | 入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合(経管栄養又は嚥下調整食の新規導入)であって施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と相談の上、栄養ケア計画の原案を作成し施設へ再入所した場合の加算(入所月のみ1回) | |

| 項目 | | 加算単位(1日) | 内 容 | | ☑ |
|--------------------|-----|----------|---|--|---|
| 経口維持加算 | (Ⅰ) | 400/月 | 経口摂取者であり摂食機能障害や誤嚥を有する入所者に対して、医師又は歯科医師の指示に基づき、他職種が共同して食事の観察及び会議等を行い、入所者ごとに経口維持計画を作成し栄養管理を行った場合 | | |
| | (Ⅱ) | 100/月 | 協力歯科機関を定め経口維持加算(Ⅰ)において行う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 | | |
| 経口移行加算 | | 28 | 経管栄養により食事摂取している方に対し経口による食事の摂取を進める為の、経口移行計画を作成し、栄養管理及び支援を実施した場合(開始日より180日以内)に加算 | | |
| 口腔衛生管理加算 | (Ⅰ) | 90/月 | 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士の指導に基づき、口腔衛生等の管理に係る計画書が作成され、歯科衛生士により口腔衛生等管理を月2回以上実施。また、介護職員に具体的な技術的助言・指導を行い、介護職員からの口腔に関する相談等に対応している場合に加算 | | |
| | (Ⅱ) | 110/月 | (Ⅰ)の実施に加え、口腔衛生等の管理に係る情報を厚生労働省に提出し、管理の適切かつ有効な実施の為情報の活用を行っている場合に加算 | | |
| 緊急時治療管理加算 | | 518 | 施設内で緊急的な治療管理(注射・投薬・処置等)を行った場合、1月1回3日を限度に加算 | | |
| 所定疾患施設療養費加算(Ⅱ) | | 480 | 感染症対策に関する研修を受講している医師が、入所者に対して、投薬・検査・注射・処置等を行った場合(肺炎・尿路感染症・蜂窩織炎・带状疱疹・慢性心不全憎悪)、1ヶ月に10日を限度として加算 | | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ | | 140 | <p>①医師が高齢者の薬物療法に関する研修を受講している。</p> <p>②入所後1ヶ月以内に入所者の処方内容を変更する可能性について主治の医師に説明し、合意している。</p> <p>③入所前6種類以上の内服薬処方を受けていた入所者に対し、入所前後の主治医が共同し薬剤を評価・調整、かつ療養上必要な指導を行う。</p> <p>④処方内容を変更した場合、関係職種間で情報共有と変更後の状態等確認を行う。</p> <p>⑤入所時と退所時に処方内容変更があれば、経緯・変更後の状態等と退所後の主治医に情報提供を行い、その内容を診療録に記載している。</p> <p>上記の要件を満たし、施設において入所前の主治医と連携して薬剤を評価・調整した場合に加算(退所月のみ1回)</p> | | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ | | 70 | (Ⅰ)イ、①④⑤を満たし、入所前6種類以上の内服薬処方を受けていた入所者に対し、入所中服用薬剤の評価・調整を行い、かつ療養上必要な指導した場合に加算(退所月のみ1回) | | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅱ) | | 240 | (Ⅰ)イ、又はロを満たし、入所者の情報を厚生労働省に提出、処方にあたり薬物療法の適切かつ有効な実施に情報を活用している場合に加算(退所月のみ1回) | | |
| かかりつけ医連携薬剤調整加算(Ⅲ) | | 100 | (Ⅱ)を満たし、退所時処方の内服薬において、入所時に比べ1種類以上減少している場合に加算(退所月のみ1回) | | |
| 入所前後訪問指導加算(Ⅰ) | | 450 | 入所日前後に入所者の自宅等を訪問して退所を念頭においた施設サービス計画の策定と及び診療方針の決定を行った場合に加算(入所時1回のみ) | | |
| 入退所前連携加算 | (Ⅰ) | 600 | 入所日前後30日以内に居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅サービス等の利用方針を定めること。かつ、診療状況を示す文書を添え、必要な情報提供とサービス利用調整を行った場合に加算(退所月のみ1回) | | |
| | (Ⅱ) | 400 | 入所者の退所に先立ち居宅介護支援事業者に対し、診療状況を示す文書を添え、必要な情報提供とサービス利用調整を行った場合に加算(退所月のみ1回) | | |

| 項目 | 加算単位(1日) | 内 容 | | ☑ |
|--------------------|---------------------|---|--|---|
| 退所時情報提供加算 | (Ⅰ) | 500 | 居宅へ退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合に加算(退所月のみ1回) | |
| | (Ⅱ) | 250 | 医療機関へ退所後の主治医に対して診療情報を提供した場合に加算(退所月のみ1回) | |
| 訪問看護指示加算 | 300 | 退所時に訪問看護指示書を交付した場合に加算(退所月のみ1回) | | |
| ターミナルケア 加算 | 死亡日以前 31日以上45日以下 | 72 | 医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断され、かつターミナルにかかる計画を作成し、説明同意の上、ターミナルケアを行った場合に加算 | |
| | 死亡日以前 4日以上30日以下 | 160 | | |
| | 死亡日以前 2日又は3日 | 910 | | |
| | 死亡日 | 1,900 | | |
| 安全対策体制加算 | 20 | 担当者が配置され安全対策部門を設置、組織的に安全対策を実施する体制を整備している場合に加算(入所月のみ1回) | | |
| 科学的介護推進体制加算 | (Ⅰ) | 40/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、基本的な情報を厚生労働省に提出。必要に応じサービス計画の見直しや、サービス提供に当たり情報を活用している場合に加算 | |
| | (Ⅱ) | 60/月 | 上記(Ⅰ)に加え、疾病の状況や服薬情報等を厚生労働省に提出している場合に加算 | |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 100/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ついて、委員会開催や改善活動を継続的に実施。かつ、見守り機器等のテクノロジーを複数導入、介護助手の活用、1年以内ごとに1回・業務改善による効果を示すデータの提出を行っている場合に加算 | | |
| 高齢者施設等 感染対策向上加算 | (Ⅰ) | 10/月 | 施設内で感染者が発生した場合、感染者の療養を行う上で、第二種協定指定医療機関と連携体制を構築されており、又一般的な感染症発生時等対応の取り決めと連携が協力医療機関と適切に行われている事。その上で、院内感染対策に関する研修または訓練に1年に1回以上参加している場合に加算 | |
| | (Ⅱ) | 5/月 | 診療報酬における感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から、3年に1回以上施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実施指導を受けている場合に加算 | |
| 協力医療機関連携加算 | (Ⅰ) | 100/月 | 以下の条件を満たす協力医療機関との間で、入所者の病歴等の情報を共有する会議を定期的に行っている場合に加算 ①入所者の病状が急変した場合等、相談対応を行う体制を常時確保している ②診療の求めがあった場合、診療を行う体制を常時確保している ③入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保している | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の7.5% | (Ⅱ)に加え、経験技能のある介護職員を一定割合以上配置し職員の充実が図れている場合 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 所定単位数の7.1% | (Ⅲ)に加え、一定額以上の賃金年額改善が図れた者が1人以上おり、職場環境改善、見える化を図っている場合 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の5.4% | (Ⅳ)に加え、資格や勤続年数等経験に応じた昇給の仕組みが整備している場合 | | |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | 所定単位数の4.4% | 介護職員等の確保、処遇改善に向けて、施設サービス費と各種加算、減算額を合計した金額の4.4%相当額で、その1/2以上を月額賃金で配分を行っている場合 | | |

☑ 利用者が外泊された場合、1ヶ月に6日を限度とし施設サービス費に代えて1日につき387円請求されます

3) 所得別の負担額について

食費・居住費については、低所得者の方に過重な負担とならないよう、所得段階別に下記の通り設定されております。

| 所得段階 | 食費 (円/1日) | 居住費(円/1日) | | | ☑ |
|---|--------------|-----------|-------|-----|---|
| | | ユニット個室 | 個室 | 多床室 | |
| 第1段階 世帯全員が市町村税非課税の老齢福祉年金・生活保護受給者 | 300 | 880 | 550 | 0 | |
| 第2段階 世帯全員が市町村税非課税かつ年金収入が80万円以下 | 390 | 880 | 550 | 430 | |
| 第3段階 ① 世帯全員が市町村税非課税かつ第2段階以外 (課税収入額が80万円超120万円以下) | 650 | 1,370 | 1,370 | 430 | |
| 第3段階 ② 世帯全員が市町村税非課税かつ第2段階以外 (課税収入額が120万円超) | 1,360 | 1,370 | 1,370 | 430 | |
| 第4段階 上記以外(市町村税課税者など) | 1,880 | 2,030 | 1,700 | 430 | |

朝食:380、昼・夕:750

* 負担限度額認定証が必要となります

4) 介護保険給付外サービス・その他利用料

| 種類 | | 利用料 | |
|------------|---|-------------------------|-------------------|
| 居室料金 | 3F・4F個室料金 | 3,240円/1日 (消費税込) | 97,200円/30日(消費税込) |
| レクリエーション行事 | 当施設では季節の催しや、グループを招いてイベントを企画・実施致します ※任意参加 | 実費 1回 50円 ~ 1500円 | |
| クラブ活動 | 華道クラブ | 1回 1,000円 | |
| | 茶道クラブ | 1回 200円 | |
| | 書道クラブ 文化クラブ 手芸クラブ アートクラブ 喫茶クラブ | 1回 100円 | |
| 健康管理費 | 実費(インフルエンザ予防接種などの費用) | | |
| 電気代 | 55円(持ち込まれた電化製品1点につき1日、持ち込み当日より発生) | | |

- ・ その他介護老人保健施設入所サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要になるものに係る費用であって、利用者負担いただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

▶ 医療費について

当施設の医師で対応できる日常的な医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、急性期治療のための医療・歯科治療につきましては他の保険医療機関による入院・通院・往診により対応し、医療保険適用により自己負担していただきます。

5) 委託業者によるサービス・料金(希望される方のみ)

| | | |
|---------|---|----------------|
| 理美容サービス | 委託業者理容師の出張による理髪サービス(月2回)をご利用いただけます。 | 実費 別表にて表示あり |
| 日用品リース | 委託業者によるリース品を、別契約にてご利用頂けます。 (委託業者名での請求) | |
| 肌着リース | | |

6) 共同使用消耗品

共同使用となります消耗品(シャンプー、ボディソープ等)は、消耗品リースを採用しています。リース料1日分相当額をご負担いただきます。(料金は別表にて表示有)

7) 支払い方法

a) 郵便局 自動振込み利用の場合

入所当日に、指定の自動振込申込み用紙をご提出ください。
毎月15日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の27日に指定の口座よりお引き落とし致します。領収書は翌月請求書郵送時に送付致します。

b) 銀行振込をご利用の場合

毎月15日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までにお支払いください。お支払い頂きますと領収書を送付致します。

| | |
|------------------------|--------------------------|
| ☆ 振込先 ☆ | |
| 三井住友銀行 宝塚支店 普通 4096605 | イリョウハウジン ショウワカイ 医療法人 尚和会 |

＊利用者名にてお振込み下さい

c) 窓口支払い

毎月15日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の27日までに窓口にてお支払いください。
クレジットカードでのお支払いも可能です。
利用可能なカードについてはお問い合わせ下さい。

ケアヴィラ宝塚をご利用になるにあたってご了解頂きたい事項

1. 介護老人保健施設の役割と機能

- ・介護老人保健施設は、病気や障害により、自立した日常生活を送れない高齢者の方に、医学的管理のもとに看護・介護・リハビリテーションなどを行って、それぞれの方の持っている能力に応じた生活ができるようにお手伝いする施設です。
- ・この施設の目的は、「寝たきり」をつくらないことと、在宅で生活できる(介護を受ける)ことを支援することです。

2. 認知症は進行する可能性が高いことをご理解ください

- ・老年期の認知症は、病気であることを知ってください。
- ・残念ながら現在ほとんどの認知症は治らず、徐々に進行します。

3. 高齢者のADL(日常生活自立度)は、必ずしも改善・向上するとは限らないことをご理解ください

- ・高齢者は、年齢的なものからリハビリテーションを行ったとしても、身体機能は向上しない可能性が高く、今持っておられる能力をできるだけ長く維持するにとどまる場合が多くみられます。
- ・病院でのリハビリテーションとは異なり、生活リハビリテーションが中心です。
- ・規則正しい生活をして頂くことが基本となります。

4. 医療行為が制限されることをご理解ください

- ・介護老人保健施設は病院ではありません。
- ・病状が安定していて、入院治療の必要ない方がご利用対象です。
- ・ご利用中に病状が悪化され、施設では対応できなくなった場合には、医療機関へご紹介いたします。
- ・持参されたお薬がなくなった後のお薬は、施設でご用意いたしますが、医師の判断によりお薬の種類が変わることがあります。
- ・ご利用中は、医療保険の適用が制限されるため、無断で他の施設の医療機関への受診や検査、投薬などを受けないでください。必要な場合はすぐに病院へお連れいたします。

5. 転倒し怪我や頭部外傷、骨折を起こす危険性があり得ることをご理解ください

- ・高齢者の方は、常に転倒される可能性があり骨折やけがにつながる危険性が高いです。
- ・高齢者用に作った建物ですが、それでも転倒されることがあります。
- ・職員一同は利用者の個別性に留意し、転倒・事故防止に努めておりますが、防御しきれない時がございますことをご理解ください。必要な場合はすぐに病院へお連れいたします。

6. 退所を求める場合について

- ・原則は、ケアヴィラ宝塚入所利用契約約款第5条に基づき判断いたします。
- ・退所相談は、介護支援専門員または支援相談員が窓口となります。

当事業者は、本書面に基づいてサービス内容及び、重要事項説明書<1・2・3>の説明を行いました。

介護老人保健施設 ケアヴィラ宝塚

説明者 職名 _____

氏名 _____ (印)

私(=利用者)及び代理人は、本書面に基づいてサービス内容及び、重要事項説明書<1・2・3>の説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意いたします。

年 月 日
《利用者》

〒
住所

フリガナ

名前 _____ (印)

《代理人》
〒

住所

フリガナ

名前 _____ (印)

続柄

電話番号