

重 要 事 項 説 明 書

新横浜介護老人保健施設カメラア
介護保健施設サービス

1 法人の概要

法人の名称	医療法人 寛栄会
代表者職氏名	理事長 古賀 良彦
法人の所在地	横浜市港北区新羽町 4076-5
連絡先	T E L : 045-532-1008 F A X : 045-532-1009
運営する主な他の事業所	カメラア診療所、居宅介護支援センターカメラア、 高齢者グループホーム カメラア壱番館、 高齢者グループホーム カメラア弐番館

2 事業所の概要

事業所名	新横浜介護老人保健施設カメラア
法人の所在地	横浜市港北区新羽町 4076-5
連絡先	T E L : 045-532-1008 F A X : 045-532-1009
介護保険事業所番号	神奈川県 1450980029 号
指定年月日	平成 11 年 12 月 16 日
管理者氏名	郡 建男

3 施設の目的及び運営方針

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、短期入所療養介護や通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションといった在宅サービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。さらに、家庭復帰の場合には、療養環境の調整などの退所時の支援も行ないますので、安心してご退所いただけます。

[新横浜介護老人保健施設カメラアの運営方針]

- ・ 利用者の自立を支援し、その家庭への復帰を目指す。
- ・ 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視する。

4 施設の定員等

- ・ 定員 132 名
- ・ 療養室 個室 24 室、4 人室 27 室

5 施設の職員体制等

	常勤	非常勤	業務内容
・ 医 師	1 名	6 名	施設利用者の健康管理及び医療に適切な処置を講ずる。
・ 看護職員	9 名	9 名	利用者の保健衛生並びに看護業務を行う。
・ 薬剤師		1 名	利用者への薬剤業務を行う。
・ 介護職員	4 1 名	2 名	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
・ 支援相談員	4 名	1 名	利用者・家族等に相談指導業務を行う。
・ 理学療法士	4 名	2 名	利用者に対する機能訓練業務を行う。
・ 作業療法士	6 名		利用者に対する機能訓練業務を行う。
・ 言語聴覚士	1 名		利用者に対する言語機能訓練業務を行う。
・ 管理栄養士	2 名		利用者への食事提供及び栄養業務を行う。
・ 介護支援専門員	2 名		施設サービス計画の立案を行う。
・ 歯科衛生士	1 名		利用者の口腔ケア業務を行う。
・ 事務職員	5 名		施設における庶務及び経理等の事務を行う。

6 サービス内容

◇ケアサービス

当施設では、利用者の自立ならびに家庭復帰を目指し、利用者個々の心身の状況に応じた施設サービス計画書を立案し、サービス提供を行っております。この計画書は、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・保証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。

① 施設サービス計画の立案

② 医療・看護：

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としていますが、医師・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。

③ 介護：

施設サービス計画に基づき、利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行います。

④ 機能訓練：

原則として機能訓練室にて行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

⑤ 栄養管理：

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。

◇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。

① 療養室：個室、4人室

* 個室の利用には、別途料金をいただきます。

② 食事：

朝食 8時00分～9時00分

昼食 12時00分～13時00分

夕食 18時00分～19時00分

* 食事は原則として食堂でおとりいただきます。

③ 入浴：一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応しております。

基本的に週2回入浴していただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

④ 理美容：月4回、理美容サービスを実施致しておりますので、ご希望の方はお申し出ください。

* 理美容サービスは、別途料金をいただきます。

◇その他

① 相談援助サービス

入所療養に関する相談や家庭復帰のための関連機関との連絡調整や情報提供を行います。

② 行政手続き代行

介護保険の更新等の代行手続きを行います。

* これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

7 協力医療機関等

当施設では、下記の病院・診療所や歯科診療所に協力をいただいておりますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いするようにしています。また、施設内での対応が困難な状態になった場合や、専門的な対応が必要になった場合には、専門医療機関への受診、または他施設への転所をお願いすることがあります。

・ 協力医療機関

名 称	住所	電話
横浜労災病院	横浜市港北区小机町 3211-1	045-474-8111
菊名記念病院	横浜市港北区菊名 4-4	045-402-7111

協力歯科医療機関

名 称	住所	電話
天野歯科医院	横浜市港北区日吉 2-7-8	045-561-2248

緊急時には、ご記入いただいた連絡先にご連絡いたします。

8 他科受診について

当施設入所中の健康管理は施設内医師が担当させていただきますが、他の医療機関への受診をご希望の方はご相談ください。また、外出・外泊時における受診も同様ですので予めご連絡ください。

9 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会時間は午前 10 時 00 分～午後 8 時 00 分となっております。
- ・ 外出、外泊は事前に職員にお申し出下さい。
- ・ 飲酒、喫煙は予め職員にお申し出下さい。
- ・ 火気の手扱いには十分にお気を付け下さい。
- ・ 設備、備品のご利用については職員にお申し出下さい。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みについては職員にご相談下さい。
- ・ 金銭・貴重品等は事務室でお預かりいたしますのでお申し出下さい。
- ・ 宗教活動は一切禁止致します。
- ・ ペットの持ち込みはご遠慮ください。

10 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災報知機等
- ・ 防災訓練 年 2 回（夜間想定訓練含む）

11 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

12 その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意しておりますので、ご請求ください。

13 利用料金

(1) 基本料金・加算各種

① 保険一部負担額（以下は1日あたりの自己負担分です。）

＜介護保険施設サービス費＞

① 基本額	個室（従来型個室）	4人部屋（多床室）
	要介護1 788単位	要介護1 871単位
	要介護2 863単位	要介護2 947単位
	要介護3 928単位	要介護3 1014単位
	要介護4 985単位	要介護4 1072単位
	要介護5 1040単位	要介護5 1125単位
	初期加算 30単位/日	
	初期加算 60単位/日	
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅱ 51単位/日	
	夜勤職員配置加算 24単位/日	
	サービス提供体制強化加算Ⅲ 6単位/日	
	介護職員処遇改善加算Ⅱ 所定単位数×71/1000	
②その他の加算額	経口移行加算	28単位/日
	経口維持加算（Ⅰ）	400単位/月
	経口維持加算（Ⅱ）	100単位/月
	口腔衛生管理加算（Ⅰ）	90単位/月
	口腔衛生管理加算（Ⅱ）	110単位/月
	療養食加算	6単位/食
	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	200単位/回
	短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	258単位/回
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	240単位/回
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	120単位/回
	外泊時費用	362単位/日
	外泊時費用（在宅サービスを利用したときの費用）	800単位/日
	自立支援促進加算	300単位/月
	ターミナルケア加算（死亡日）	1900単位/日
	ターミナルケア加算（2～3日）	910単位/日
	ターミナルケア加算（4～30日）	160単位/日
	ターミナルケア加算（31日～45日）	72単位/日
	リハビリマネージメント計画書情報加算（Ⅰ）	33単位/月
	リハビリマネージメント計画書情報加算（Ⅱ）	53単位/月
	科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	40単位/月
	科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	60単位/月

	再入所時栄養連携加算	200 単位/回
	褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)	3 単位/月
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13 単位/月
	入所前後訪問指導加算Ⅰ	450 単位/回
	入所前後訪問指導加算Ⅱ	480 単位/回
	入退所前連携加算(Ⅰ)	600 単位/回
	入退所前連携加算(Ⅱ)	400 単位/回
	退所時情報提供加算(Ⅰ)	500 単位/回
	退所時情報提供加算(Ⅱ)	250 単位/回
	試行的退所時指導加算	400 単位/回
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰイ	140 単位/回
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅰロ	70 単位/回
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅱ	240 単位/回
	かかりつけ医連携薬剤調整加算Ⅲ	100 単位/回
	排泄支援加算(Ⅰ)	10 単位/月
	排泄支援加算(Ⅱ)	15 単位/月
	排泄支援加算(Ⅲ)	20 単位/月
	安全対策体制加算	20 単位/回
	訪問看護指示加算	300 単位/回
	所定疾患施設療養費Ⅰ	239 単位/日
	所定疾患施設療養費Ⅱ	480 単位/日
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位
	協力医療機関連携加算	50 単位/月
		2025年3月31日までは100 単位/月
	協力医療機関連携加算 上記以外	5 単位/月
	新興感染症等施設療養費	240 単位/日
	退所時栄養情報連携加算	70 単位/回
	緊急時治療管理	518 単位
保険一部負担額	(①基本額+②その他の加算額)× <u>10.72 円</u> (下線は横浜市の地域加算です)を計算した合計額の10%(負担割合1割の方)が保険一部負担金になります。(非課税) 負担割合が2割・3割の方は計算の合計金額の20%・30%となります。	

(2) その他の料金

① 食 費

朝 食	1 食あたり	554 円
昼 食	1 食あたり	945 円

	夕食	1食あたり	851円
	おやつ	1食あたり	108円
② 居住費	個室	1日あたり	2,178円
	4人部屋	1日あたり	742円
③ 個室利用料		1日あたり	3,240円
④ 日常生活品費（いたわりセット）	については別紙3をご覧ください。		
⑤ 教養娯楽費		1日あたり	154円
⑥ 理美容代		1回あたり	2,000円
⑦ 電気代		1日あたり	54円
⑧ 入歯洗浄剤		1個	21円

※食費・居住費については、世帯年収が一定額以下の方には、横浜市の助成制度がありますので、最寄りの区役所にお問い合わせください。

14 支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、下記の3方法にてお支払いください。
お支払方法は、ご契約時にお選びください。

お支払い方法	お支払い期限	領収書の発行
口座自動引き落とし	利用月の翌月の27日に引き落とし	支払い月の翌々月に郵送
現金	利用月の翌月の20日まで	即日
銀行振込	利用月の翌月の20日まで	支払い月の翌月に郵送

15 身体拘束等

当施設では、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。この場合には、施設医師がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を診療録および所定の書式に記載し、同時に書面にて保証人の同意を得ることとします。

16 秘密の保持及び個人情報の保護

(1) 当施設におけるすべての職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報を漏らすことがないよう秘密を保持します。但し、次の各号についての情報提供については、当施設は利用者及び保証人から予め同意を得た上で行うこととします。

①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

②介護保険サービスの質の向上のための学会、研究会等での事例研究発表等。なお、この

場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

- ③利用者の離棟時等、生命・身体保護のための警察ならびに公共交通機関等への連絡及び捜索協力依頼等。

また、例外として次の各号については、法令上、介護関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- ② 居宅介護支援事業所等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等
- ⑤ 生命・身体保護のため必要な場合（災害時において安否確認情報を行政に提供する場合等）
- ⑥ 高齢者虐待等を発見した場合の市町村への連絡

- (2) 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

17 緊急時の対応

- (1) 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
- (2) 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
- (3) 前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び保証人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

18 事故発生時の対応

- (1) 当施設によるサービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
- (2) 施設医師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機関での診療を依頼します。
- (3) 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は保証人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

19 高齢者虐待防止

当施設では定期的に高齢者虐待防止に係る職員研修を実施し、虐待防止に努めています。

20 相談窓口・苦情対応

- (1) 当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口にて対応いたします。

担 当 窓 口	新横浜介護老人保健施設カメリア 事務長 市川 昭舎
---------	------------------------------

	TEL : 045-532-1008 FAX : 045-532-1009 対応時間 : 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 3 0 分
--	---

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申し立て等ができます。

関係機関	所在地	電話番号
横浜市はまふくコールセンター	横浜市中区本町 6-50-10	045-263-8084
港北区役所高齢・障害支援課	横浜市港北区大豆戸町 26-1	045-540-2218
都筑区役所高齢・障害支援課	横浜市都筑区茅ヶ崎中央 32-1	045-948-2306

(3) 「高齢者の虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、上記担当窓口または、次の機関にご相談ください。また、被虐待者本人による届出も可能です。

担 当 機 関	横浜市健康福祉局 高齢福祉部高齢施設課	TEL : 045-671-4117 FAX : 045-641-6408
---------	------------------------	--

<別紙>

R3.4

新横浜介護老人保健施設カメリア
業者：株式会社ウェルサポート

いたわりセット（入所用）内容一覧			
いたわり A セット		オプション	
基本セット	2 7 5 円/日	品 名	日 額
◇日常タオル		コップ・水呑み	5 5 円
・フェイスタオル		歯ブラシ（歯磨き粉付）	3 3 円
・おしぼりタオル		洗面器	5 5 円
◇入浴タオル		ガーグルベース	5 5 円
・バスタオル		ヘアーブラシ	3 3 円
・タオル		スリッパ	3 3 円
・フェイスタオル		ベスト（上着）	1 1 0 円
		ズボン下	8 8 円
		下着	5 5 円
		寝巻（浴衣タイプ・上下タイプ）	1 6 5 円
		トレーナー（上下タイプ）	2 2 0 円
		ボックスティッシュ 1 箱	8 8 円
いたわり B セット			
基本セット＋衣類一式	7 7 0 円/日		
◇日常タオル			
・フェイスタオル			
・おしぼりタオル			
◇入浴タオル			
・バスタオル			
・タオル			
・フェイスタオル			
◇衣類			
・パジャマ			
・トレーナー（前開き or かぶり上下タイプ）			
・肌着（U 首タイプ or ミジックテープタイプ）			
・下着			
・靴下			
		◇私物洗濯（ネット預り方式） 7 0 0 円/回	
		◆水洗いできるものに限らせていただきます。	
		◆B セットは、ご入所時にご用意していただく物が少なく、洗濯の心配も無いため、便利なセットとなっております。	
		◆価格はすべて税抜となっております。	

いたわりセット（通所用）内容一覧			
いたわり通所 A セット		いたわり通所 B セット	
1 1 0 円/回		入浴日	2 2 0 円/回
・おしぼりタオル		・おしぼりタオル	
・歯ブラシ（歯磨き粉付）		・歯ブラシ（歯磨き粉付）	
◆B セットでお申し込みいただいても、入浴されない日には A セットでのご請求となります。		◇入浴タオル	
		・バスタオル	
		・タオル	
		・フェイスタオル	

お支払方法	口座自動引き落とし・コンビニ振込
-------	------------------

【説明確認欄】

年 月 日

施設サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 新横浜介護老人保健施設カメラア

説明者 _____ 印

施設サービス契約の締結にあたり、上記により説明を受け同意し、交付を受けました。

(利用者) 氏 名 _____ 印

(代理人
又は立会人) 氏 名 _____ 印