

**重要事項説明書(入所)**  
**介護老人保健施設 葵の園・市川**

1 介護老人保健施設 葵の園・市川の概要

|      |                            |               |              |
|------|----------------------------|---------------|--------------|
| 施設名称 | 介護老人保健施設葵の園・市川             | 電話番号          | 047-303-7001 |
| 所在地  | 千葉県市川市大野町三丁目<br>2128 番 1 号 | サービスの種類       | 介護保健施設サービス   |
| 法人名  | 医療法人社団 葵会                  | 介護保険事業者<br>番号 | 1252780054 号 |
| 代表者名 | 理事長 新谷 幸義                  |               |              |

2 施設の職員体制 (短期入所療養介護を兼務します) (単位:(常勤換算)人)

| 職 種      | 常勤    | 非常勤    | 夜間   | 業務内容                  |
|----------|-------|--------|------|-----------------------|
| 施設長(医師)  | 1     |        |      | 管理者(兼 医師)             |
| 医 師      | 1 以上  |        |      | 医学的管理                 |
| 看護職員     | 10 以上 | 2.3 以上 | 1 以上 | 医学的管理に基づく看護業務         |
| 介護職員     | 32 以上 | 3.9 以上 | 4 以上 | 介護業務                  |
| 理学・作業療法士 | 3 以上  |        |      | 理学・作業療法による訓練業務        |
| 支援相談員    | 2 以上  |        |      | 利用者およびご家族との相談・支援等の業務  |
| 薬剤師      | 業務委託  | 0.3 以上 |      | 調剤および薬剤管理             |
| 管理栄養士    | 1 以上  |        |      | 栄養管理および給食管理業務         |
| 介護支援専門員  | 1 以上  |        |      | 施設ケアプランの作成等ケアマネジメント業務 |
| 事務職員     | 5 以上  |        |      | 総務、経理事務等の業務           |
| その他職員    |       | 4.7 以上 |      | 環境整備等の業務              |

3 施設の設備概要

|     |              |                        |       |     |
|-----|--------------|------------------------|-------|-----|
| 定員  |              | 100 名                  |       |     |
| 居室  | 個 室          | 6 室<br>(うち、認知症ケア棟 4 室) | 診察室   | 1 室 |
|     | 2 人室<br>4 人室 | 7 室<br>20 室            | 食 堂   | 3 室 |
| 浴 室 |              | 一般浴室と特殊浴室が<br>あります。    | 機能訓練室 | 1 室 |
|     |              |                        | 談話室   | 2 室 |

4 サービス内容

- ① 食事 管理栄養士が作成したメニューを提供いたします。 ② 施設サービス計画に基づく看護・医学的管理下の介護  
 ② 入浴 最低、週2回入浴可能 清拭となる場合があります。 ④ 機能訓練 (リハビリテーション)  
 ⑤ 健康管理 療養室等で診療を受けることができます。  
 ⑥ 理容・美容 月2回、理容・美容サービスを実施しています。(料金は自己負担) ⑦ レクリエーション 誕生会、季節に応じた利用者交流会を実施しています。

## 5 利用料金

### ① 基本料金

・施設サービス費(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。

以下は1日あたりの1割負担分です。2割・3割は別紙料金表参照)

それぞれ個室(従来型)、多床室(4人室・2人室)に分かれます。

| 従来型個室 |       | 多床室   |         |
|-------|-------|-------|---------|
| 要介護度1 | 750 円 | 要介護度1 | 829 円   |
| 要介護度2 | 798 円 | 要介護度2 | 881 円   |
| 要介護度3 | 866 円 | 要介護度3 | 949 円   |
| 要介護度4 | 923 円 | 要介護度4 | 1,005 円 |
| 要介護度5 | 974 円 | 要介護度5 | 1,058 円 |

※入所期間中に自宅に外泊した期間の取扱いについては、介護保険給付の扱いに応じた料金となります。

上記料金の他別途料金加算があります。

#### 別途加算

| 加算                      | 1日あたりの料金 | 加算                   | 1日あたりの料金 |
|-------------------------|----------|----------------------|----------|
| 初期加算Ⅰ(入所後30日間)          | 63 円     | サービス提供強化加算(Ⅱ)        | 19 円     |
| 初期加算Ⅱ(入所後30日間)          | 32 円     | サービス提供強化加算(Ⅲ)        | 7 円      |
| 夜勤職員配置加算                | 25 円     | 自立支援促進加算             | 314 円    |
| 短期集中リハビリり実地加算Ⅰ          | 270 円    | 安全対策体制加算             | 21 円     |
| 短期集中リハビリり実地加算Ⅱ          | 209 円    | 協力医療機関連携加算(Ⅰ)R7.3.31 | 105 円    |
| 認知症短期集中リハビリり実地加算Ⅰ       | 251 円    | 協力医療機関連携加算(Ⅰ)R7.4.1～ | 53 円     |
| 認知症短期集中リハビリり実地加算Ⅱ       | 126 円    | 協力医療機関連携加算(Ⅱ)        | 6 円      |
| 認知症ケア加算                 | 80 円     | 入所前後訪問指導加算           | 471 円    |
| 認知症チームケア推進加算Ⅰ           | 157 円    | 入所前後訪問指導加算           | 502 円    |
| 認知症チームケア推進加算Ⅱ           | 126 円    | 試行的退所時指導加算           | 418 円    |
| 栄養マネジメント強化加算            | 12 円     | 退所時情報提供加算Ⅰ(在宅)       | 523 円    |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅰ | 56 円     | 退所時情報提供加算Ⅱ(入院)       | 262 円    |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算Ⅱ | 35 円     | 入退所前連携加算(Ⅰ)          | 627 円    |
| 療養食加算                   | 7 円      | 入退所前連携加算(Ⅱ)          | 418 円    |
| 退所時栄養情報連携加算             | 74 円     | 訪問看護指示加算             | 314 円    |
| 再入所時栄養連携加算              | 209 円    | 緊急時治療管理              | 542 円    |
| 経口移行加算                  | 30 円     | 所定疾患施設療養費(Ⅰ)         | 250 円    |
| 経口維持加算(Ⅰ)               | 418 円    | 所定疾患施設療養費(Ⅱ)         | 502 円    |
| 経口維持加算(Ⅱ)               | 105 円    | ターミナルケア加算(死亡日)       | 1,986 円  |
| 口腔衛生管理加算(Ⅰ)             | 94 円     | ターミナルケア加算(2～3日)      | 951 円    |
| 口腔衛生管理加算(Ⅱ)             | 115 円    | ターミナルケア加算(4～30日前)    | 168 円    |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)              | 11円      | ターミナルケア加算(31～45日)    | 76 円     |
| 排せつ支援加算(Ⅱ)              | 16円      | 若年性認知症入所者受入加算        | 126 円    |
| 排せつ支援加算(Ⅲ)              | 21 円     | 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)       | 42 円     |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)           | 4円       | 科学的介護推進体制加算(Ⅱ)       | 63円      |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)           | 14 円     | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)         | 4 円      |
| 外泊時費用                   | 379 円    | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)         | 5 円      |
| (在宅サービスを利用した時の費用)       | 836 円    | 認知症行動・心理症状緊急対応加算     | 209 円    |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ        | 54 円     | かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅰ)イ  | 147 円    |
| サービス提供強化加算(Ⅰ)           | 23 円     | かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅰ)ロ  | 74 円     |

| 加算                 | 1日あたりの料金 | 加算             | 1日あたりの料金 |
|--------------------|----------|----------------|----------|
| かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅱ) | 251 円    | 新興感染症施設療養費     | 251 円    |
| かかりつけ医療連携薬剤調整加算(Ⅲ) | 105 円    | 生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | 105 円    |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)  | 11 円     | 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | 11 円     |
| 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)  | 6 円      |                |          |

※料金は市川市地域区分単価(10.45 円)で計算されています。

○令和6年5月31日まで

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)    | 上記サービス費、別途加算の総合計単位数の3.9% |
| 介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ) | 上記サービス費、別途加算の総合計単位数の1.7% |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 | 上記サービス費、別途加算の総合計単位数の0.8% |

※介護職員(等特定)処遇改善加算は、要介護度及び利用内容により加算額が変動いたします。

○令和6年6月1日より

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 上記サービス費、別途加算の総合計単位数の7.1% |
|----------------|--------------------------|

※介護職員等処遇改善加算は、要介護度及び利用内容により加算額が変動いたします。

## ② 食費

・利用者負担の段階により以下の内容になります。

|      | 第1段階    | 第2段階    | 第3段階                   | 第4段階      |
|------|---------|---------|------------------------|-----------|
| 要介護1 | 300 円/日 | 390 円/日 | ①650 円/日<br>②1,360 円/日 | 1,990 円/日 |
| 要介護2 |         |         |                        |           |
| 要介護3 |         |         |                        |           |
| 要介護4 |         |         |                        |           |
| 要介護5 |         |         |                        |           |

## ③ 居住費

・利用者負担の段階により以下の内容になります。

<多床室(4人室、2人室)>

|      | 第1段階  | 第2段階    | 第3段階 | 第4段階    |
|------|-------|---------|------|---------|
| 要介護1 | 0 円/日 | 430 円/日 |      | 620 円/日 |
| 要介護2 |       |         |      |         |
| 要介護3 |       |         |      |         |
| 要介護4 |       |         |      |         |
| 要介護5 |       |         |      |         |

<個室(従来型)>

|      | 第1段階    | 第2段階 | 第3段階    | 第4段階      |
|------|---------|------|---------|-----------|
| 要介護1 | 550 円/日 |      | 1,370/日 | 1,840 円/日 |
| 要介護2 |         |      |         |           |
| 要介護3 |         |      |         |           |
| 要介護4 |         |      |         |           |
| 要介護5 |         |      |         |           |

## 6 その他の料金

- ・日用品費 1日あたり 150 円（石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、バスタオル等の費用です。）
- ・教養娯楽費 1日あたり 100 円（レクリエーションやクラブ活動等に係る費用です。）
- ・文書作成料(※) 1通につき 5,000 円（他医療機関等に情報提供等を希望される場合）
- ・理美容代 実費（別紙理美容料金表をご参照ください。）
- ・健康管理料 実費（インフルエンザ予防接種等に係わる費用）
- ・特別室料(※) (3 階) 1日あたり 個 室 1,500 円
- ・外泊時オムツ代 実費（別紙料金表をご参照ください。）
- ・電気代(コンセント 1 口につき) (※) 100 円/1 日(利用者のみ) テレビ、ラジオ等のコンセント使用者
- ・テレビレンタル料(※) 100 円/1 日(利用者のみ)
- ・イヤホン代(※) 400 円/1 個(利用者のみ)

(※)のついているものは、消費税が別途かかります。

○ 支払方法 毎月、10 日までに前月分の請求書を通知(発送)いたしますので 20 日までにお支払下さい。

※支払方法は預金口座振替のご指定口座より引落させて頂きます。引落ができない間は当施設の指定口座に銀行送金(手数料は利用者負担)にてお支払願います。 ご入金の確認後領収書を発行いたします。

## 7 入退所の手続

### (1)入所手続

まずは、お電話等でお申し込みください。居室に空きがあれば入所いただけます。入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2)退所手続

#### ① 利用者のご都合で退所される場合

退所を希望する日の7日前までにお申し出ください。

#### ② 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)または要支援と認定された場合(この場合、所定の期間の経過を持って退所していただくことになります。)
- ・利用者が病院または診療所に入院した場合。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

#### ③ その他

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを正当な理由なく 30 日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10 日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが、事業者やサービス従業者または他の入所者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合。
- ・やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を終了し、退所していただく場合。  
なお、このいずれかの場合は、30 日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、サービス利用契約を終了させていただきます。
- ・利用者のやむを得ない事由により契約終了後の施設利用があったときは、実費を請求します。

## 8 当施設のサービスの特徴等

### (1)運営の方針

- ・利用者の意思および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- ・利用者が可能な限り居宅における生活への復帰が出来ることを念頭に、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、看護、医学的管理下における介護、必要な医療、機能訓練および日常生活上のお世話を行います。
- ・地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者および他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

| 事 項          | 有無 | 備 考                           |
|--------------|----|-------------------------------|
| 男性介護職員の有無    | ○  |                               |
| 従業員への研修の実施   | ○  | 定期・随時実施しています                  |
| サービスマニュアルの作成 | ○  |                               |
| 身体的拘束        | ×  | ※身体保護のため緊急やむを得ない場合 家族同意のうえ、有り |

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ① 面会時間 時間は午前 9 時から 12 時・午後 1 時から 5 時とします。面会用紙へ記入してください。
- ② 外出・外泊 事前に届け出をしてください。
- ③ 飲酒・喫煙 飲酒、喫煙はお断りいたします。施設内全館禁煙となっています。
- ④ 設備・備品の利用 定められた場所で注意をもって正しく使用してください。
- ⑤ 部屋移動 入所中、処遇上の理由で療養室が変更となる場合がございます。
- ⑥ 私物の持ち込み 衣類等名前の記入できる物には必ず全てお名前を記入してください。  
(油性マジックで記入) 品物によって制限させていただく場合があります。ライター等の火気類、  
ドライヤー、照明等のコードを有する物品の持ち込み禁止
- ⑦ 貴重品の持ち込み 原則としてお断りいたします。
- ⑧ 施設外での受診 外泊 時に受診される場合は病院提出に必要な施設入所証明書を発行いたします。  
事前ご連絡ください。
- ⑨ 宗教活動 お断りいたします。
- ⑩ ペットの持ち込み お断りいたします。
- ⑪ 飲食物の持ち込み 衛生、栄養管理の観点から推奨しておりません。面会時に喫食を希望される場合、  
必ず事前にご相談下さい。

9 緊急時の対応方法

利用者に容体の変化等があった場合は、医師により必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡いたします。

10 非常災害対策

- |                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| ① 防火教育および基本訓練(消火・通報・避難) | 年 2 回以上(うち 1 回は夜間を想定した訓練を行う) |
| ② 利用者を含めた総合避難訓練         | 年 1 回以上                      |
| ③ 非常災害設備の使用方法的徹底        | 随時                           |

11 ワクチンの接種

集団感染防止の為、冬場に入所されている利用者にインフルエンザワクチンを接種いたします(有料)。

12 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当施設ご利用者相談・苦情担当  
(担当) 支援相談員 (連絡先) 電話:047-303-7001
- ② その他 当施設以外に、行政の相談・苦情窓口等でも受け付けています。  
千葉県国民健康保険連合組合 電話:043-254-7404  
市川市役所 福祉政策課 電話:047-334-1111

13 その他機関による第三者評価の実施

実施状況 無

14 協力医療機関等

- |          |                                                        |
|----------|--------------------------------------------------------|
| ① 協力医療機関 | 医療法人社団嵐川 大野中央病院<br>住所:千葉県市川市下貝塚 3-31-2 電話:047-374-0011 |
| ② 協力歯科医院 | 楠歯科医院<br>住所:千葉県市川市大野町 3-1686 電話:047-338-6527           |

## 15 当法人の概要

- ① 名称・法人種別 医療法人社団 葵会  
② 代表者役職・氏名 理事長 新谷 幸義  
③ 本部所在地・電話番号 千葉県柏市小青田 1-3-12 電話:04-7136-8008

令和 年 月 日

介護老人保健施設入所にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〔事業者〕 所在地 千葉縣市川市大野町三丁目 2128 番1号

名称 医療法人社団 葵会 介護老人保健施設 葵の園・市川

説明者氏名(自署又は押印) \_\_\_\_\_

私は、本書面より事業者から 介護老人保健施設 葵の園・市川の入所利用について、重要事項の説明を受けました。

(自署)

〔利用者〕 氏 名 \_\_\_\_\_

家族（代理人または成年後見人） \_\_\_\_\_

連帯保証人 \_\_\_\_\_

R6.8.1 改定