

重要事項説明書((介護予防)短期入所)

介護老人保健施設 葵の園・常総

1 介護老人保健施設 葵の園・松戸の概要

施設名称	介護老人保健施設葵の園・常総	電話番号	0297-27-3311
所在地	茨城県常総市菅生町1308-1	サービスの種類	介護保健施設サービス
法人名	医療法人 晴生会	介護保険事業者番号	0851180026号
代表者名	理事長 新谷正義		

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			医学的管理
看護職員	9.7		1	医学的管理に基づく看護業務
介護職員	24.3		3	介護業務
理学・作業療法士	2			理学・作業療法による訓練業務
支援相談員	1			利用者およびご家族との相談・支援等の業務
薬 剤 師		0.4		調剤および薬剤管理
管理栄養士	1			栄養管理および給食管理業務
介護支援専門員	1			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	4			総務、経理事務等の業務
その他職員	5			環境整備等の業務

3 施設の設備概要

定 員		100名		
居 室	個 室	8室(うち、認知症ケア棟 4室)	診察室	1室
	2人室 4人室	2室 22室	食 堂	2室
浴 室		一般浴室と特殊浴室があります。	機能訓練室	2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
- ③ 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(支援)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日あたりの自己負担分です。) 常総市地域区分5級地(10.14%)となります。

基本型	従来型個室	多床室	在宅強化型	従来型個室	多床室
要支援1	579単位	613単位	要支援1	632単位	672単位
要支援2	726単位	774単位	要支援2	778単位	834単位
要介護度1	753単位	830単位	要介護度1	819単位	902単位
要介護度2	801単位	880単位	要介護度2	893単位	979単位
要介護度3	864単位	944単位	要介護度3	958単位	1044単位
要介護度4	918単位	997単位	要介護度4	1017単位	1102単位
要介護度5	971単位	1052単位	要介護度5	1074単位	1161単位

※施設サービス基準により、変動する場合がございます。

上記料金の他別途料金加算(円)があります。

別途加算	1 割負担	2 割負担	3 割負担
○サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	6 円/1 日	12 円	18 円
○夜勤職員配置加算	25 円/1 日	49 円	73 円
○個別リハビリテーション実施加算	224 円/1 日	487 円	730 円
○療養食加算	9 円/1 日 3 回	16 円	24 円
○認知症ケア加算	77 円/1 日	154 円	231 円
○認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3 円/1 日	6 円	9 円
○認知症専門ケア加算(Ⅱ)	4 円/1 日	8 円	12 円
○認知症緊急対応加算	203 円/1 日	406 円	608 円
○若年性認知症受入加算(Ⅰ)	122 円/1 日	243 円	365 円
○緊急時治療管理加算	526 円/1 日	1,050 円	1,576 円
○緊急短期入所受入加算	92 円/1 日	182 円	274 円
○生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	102 円/1 日	203 円	304 円
○生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	11 円/1 日	20 円	30 円
○口腔連携強化加算	51 円/1 日	101 円	152 円
○重度療養管理加算1	122 円/1 日	243 円	365 円
○総合医学管理加算	279 円/1 日	558 円	836 円
○在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	52 円/1 日	103 円	155 円
○在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	52 円/1 日	103 円	155 円
○高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日
○業務継続計画未策定減算	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日
○身体拘束廃止未実施減算	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日	基本サービスより-1%／日
○送迎地域加算	187 円/片道	373 円	560 円
○介護職員処遇改善加算(R6.5.31 まで)	合計単位数 × 3.9%		
○介護職員特定処遇改善加算(R6.5.31 まで)	合計単位数 × 2.1%		
○ベースアップ等支援加算(R6.5.31 まで)	合計単位数 × 0.8%		
※○介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)(R6.6.1 から)	合計単位数 × 7.1%		

※1 介護保険負担割合証に準じた請求額となります。

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①	第3段階② (令和3年8月施行)	第4段階
要介護(支援)1	300円/日	600円/日	1,000円/日	1,300円/日	1,900円/日
要介護(支援)2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

食費 朝食 600円/1食 昼食 650円/1食 夕食 650円/1食

おやつ 102円/1食 提供時間15:00 ※医師の指示により提供できない場合もあります

※食費は、喫食数により変わります。

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>

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
要介護(支援)1	0円/日	370円/日			660円/日
要介護(支援)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①	第3段階②	第4段階
要介護(支援)1	490円/日		1,310円/日		1,740円/日
要介護(支援)2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

6 その他の料金

- ・食事に用エプロン 1枚 80円(非課税)
- ・洗濯類(衣類・靴等) 1枚 100円(非課税)
- ・コップ 1個 156円(課税)
- ・箱ティッシュ 1箱 156円(課税)
- ・爪切り 1個 156円(課税)
- ・ポリデント 1箱 976円(課税)
- ・歯ブラシ 1本 156円(課税)
- ・義歯安定剤 1本 1,256円(税込)
- ・娯楽費 1日あたり 200円(非課税) (レクリエーションやクラブ活動等に係る費用です。)
- ・業者洗濯 1日/275円 (申し込みが必要となります)
- ・衣類リース 1日 473円(寝巻、肌着、フェイルタオル類等)
- ・文書作成料 1通につき 3,300円税込 (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
- ・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)
- ・個室料 個室 2,200円/1日 二人室 1,100円/1日
- ・電気代(コンセント1口につき) 110円/1日(利用者のみ) テレビ、ラジオ等の使用者
- ・イヤホン代 378円/1個(購入代金・利用者のみ)
- ・乾電池 単1 1本 185円(課税)
- ・乾電池 単2 1本 155円(課税)
- ・乾電池 単3 1本 55円(課税)
- ・乾電池 単4 1本 55円(課税)
- ・テレビレンタル 1日 168円(課税)
- ・義歯ケース 1個 156円(課税)
- ・歯磨き粉 1本 240円(税込)
- ・貴重品管理費(金銭・通帳・印鑑等) 1日 100円(非課税)

○ 支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求書を発行いたします。支払の方法は別途話し合いの上、双方合意した方法により月末日までにお支払い下さい。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前日午後5時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(支援)認定区分が、非該当(自立)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ことがございます。
- ・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時から午後5時までとします。面会簿へ記入してください。
- ② 外出 事前に届け出をしてください。

- ③ 飲酒・喫煙 飲酒は原則としてお断りいたします。喫煙は療養上の禁忌もありますのでご相談下さい。尚、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 宗教活動 お断りいたします。
- ⑨ ペットの持ち込み お断りいたします
- ⑩ 飲食物の持ち込み 療養上食べてはいけないものもあり、事前に看護師にご相談ください。ご家族様と一緒に施設内での飲食は自由ですが食べ残し分はお持帰りください。
後でご本人が一人で食べて、誤嚥(気管に入り肺炎の原因となります)窒息の危険があります。また、食べられたものを看護師にご連絡願います。

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:0297-27-3311
- 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。
茨城県国民健康保険連合組合 電話:029-301-1565
常総市役所 幸せ長寿課 電話:029-23-2913

13 協力医療機関等

- ① 協力医療機関 医療法人 光仁会 総合守谷第一病院
住所:茨城県守谷市松前台1-17 電話:0297-45-5111
- ② 協力歯科医院 テシマ歯科医院
住所:千葉県野田市尾崎 846-19 電話:04-7129-2020

14 当法人の概要

- ① 名称・法人種別 医療法人 晴生会
- ② 代表者役職・氏名 理事長 新谷 正義
- ③ 本部所在地・電話番号 茨城県鹿嶋市宮中 1995-24 電話:0299-82-7911

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 茨城県常総市菅生町1308番地の1
 名称 医療法人 晴生会 介護老人保健施設 葵の園・常総

代表者名 施設長 西 澤 一 晃 印

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面より事業者から 介護老人保健施設 葵の園・常総の(介護予防)短期入所利用について、重要事項の説明を受けました。

〔利用者〕 氏 名 _____ 印

連帯保証人（代理人） _____ 印