

短期入所療養介護 葵の園・長岡 重要事項説明書 従来型

1 介護老人保健施設 葵の園・長岡概要

(1) 提供できるサービスの種類

(介護予防) 短期入所療養介護

(2) 施設の名称及び所在地等

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・長岡
事業所番号	1550280091
所在地	新潟県長岡市新保町 882-1
法人名	医療法人 晴生会
施設長	立川 厚太郎
電話番号	0258-24-1100
サービスの種類	(介護予防) 短期入所療養介護
その他サービス	介護老人保健施設・(介護予防) 通所リハビリテーション

(3) 施設の職員体制

職種	常勤	非常勤	夜間	業務内容
医師	0.6 人			医学的管理
看護職員	6 人以上		0.6 人以上	医学的管理に基づく看護
介護職員	14 人以上		2 人以上	介護に関する全般
理学・作業療法士 言語聴覚士	1 人以上			機能訓練
支援相談員	1 人以上			利用者及び御家族との相談・指導等
管理栄養士	1 人以上			栄養管理及び食品の安全衛生
介護支援専門員	2 人以上			施設ケアプランの作成
事務職員	必要数			施設内の庶務・総務
その他	必要数			施設内の環境整備等

(4) 施設の設備の概要

定員	60 名 ※(介護予防) 短期入所療養介護含む			
居室	4 人部屋	14 室 (56 名)	浴室	1 室 (一般浴室・特殊浴室)
居室	個室	4 室 (4 名)	診察室	1 室
			機能訓練室	1 室

2 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日あたりの単位数です。介護保険負担割合証に準じた請求額になります。)

	多床室	個室		多床室	個室
要支援1	613 単位	579 単位	要介護度1	830 単位	753 単位
要支援2	774 単位	726 単位	要介護度2	880 単位	801 単位
			要介護度3	944 単位	864 単位
			要介護度4	997 単位	918 単位
			要介護度5	1052 単位	971 単位

各 加 算	介護保険単位数
夜勤職員配置加算	24 単位／日
個別リハビリテーション実施加算	240 単位／日
認知症ケア加算	76 単位／日
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日間限度）	200 単位／回
緊急短期入所受入加算（7日やむを得ない事情がある場合は14日を限度）	90 単位／日
若年性認知症入所者受入加算 1	120 単位／日
若年性認知症入所者受入加算 2	60 単位／日
重度療養管理加算 1（要介護 4・5に限る）	120 単位／日
重度療養管理加算 2（要介護 4・5に限る）	60 単位／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51 単位／日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	51 単位／日
送迎加算（片道につき）	184 単位／回
総合医学管理加算（利用中に 10 日を限度）	275 単位／日
口腔連携強化加算（月 1 回限度）	50 単位／回
療養食加算（1 日に 3 回を限度）	8 単位／回
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 単位／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4 単位／日
緊急時治療管理 1	518 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	22 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	18 単位／日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	6 単位／日
身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の-10%
業務継続計画未実施減算	所定単位数の-3%
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の-1%
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)（令和 6 年 5 月 31 日まで）	介護保険請求合計 単位数×3.9%
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)（令和 6 年 5 月 31 日まで）	介護保険請求合計 単位数×2.1%
介護職員等ベースアップ等支援加算（令和 6 年 5 月 31 日まで）	介護保険請求合計 単位数×0.8%
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)（令和 6 年 6 月 1 日以降）	介護保険請求合計 単位数×7.5%

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 3 段階②	第 4 段階
要支援 1・2 要介護 1～5	300 円/日	600 円/日	1,000 円/日	1,300 円/日	1,850 円/日

※行事・外出企画など、特別な食事を提供する場合、実費がかかる場合があります。

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。

(令和6年7月31日まで)

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
多床室	0 円/日	370 円/日	370 円/日	370 円/日	600 円/日
個室	490 円/日	490 円/日	1,310 円/日	1,310 円/日	2,100 円/日

(令和6年8月1日以降)

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
多床室	0 円/日	430 円/日	430 円/日	430 円/日	600 円/日
個室	550 円/日	550 円/日	1,370 円/日	1,370 円/日	2,100 円/日

3 その他の料金

- ・行事材料費 110 円/回 (税込)
- ・文書作成料 所証明および利用料金等に係る証明 1,100 円 (税込)
各種診断書及び医師の証明が必要なもの 3,300 円 (税込) から
- ・理美容代 2,500 円 (税込)
- ・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)
- ・洗濯代 (業者依頼) 600 円/1 ネット (税込)
- ・リース類 (業者依頼) タオル類リース 158 円/日 (税込)
衣類リース 225 円/日 (税込)
※業者依頼希望の方は別途に申し込んでいただきます。
- ・その他購入品 歯ブラシ 204 円 (税込) 歯磨き粉 231 円 (税込)
ティッシュ 110 円 (税込) ボディクリーム 825 円 (税込)
入れ歯ケース 165 円 (税込) ポリデント 1,045 円 (税込)
ふた付きコップ 591 円 (税込)
- ・電気代 55 円/日 (税込)
- ・テレビレンタル代 (電気代を含む) 165 円/日 (税込)
- ・口腔ケア用品 実費 (専用の口腔ケア用品を必要と思われる方につきましては、担当よりご提案させていただきます。)

○支払方法

- ・毎月 15 日前後に前月分の請求書を発行いたします。なお、支払い方法については指定の銀行口座振替を基本とし、それ以外の支払い方法は別途話し合いの上、双方合意した方法によります。

4 入退所の手続

(1) 入所手続

入所と同時に契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

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、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。

- ・利用者が他の医療機関または介護保険施設・介護福祉施設等へ入院・入居した場合
- ・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) 又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お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、7 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。
このいずれかの場合は 30 日間の予告期間に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くことができます。なお、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。

5 送迎地域

長岡市内の送迎を行います。

6 当施設のサービスの特徴

(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、医学的管理下における看護、介護、必要な医療、機能訓練および日常生活上のお手伝いをを行います。
- ・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) サービス利用において

事 項	有 無	備 考
男性介護職員の有無	有	
異性による身体介助	有	入浴・排泄介助を含む介護全般
従業員への研修の実施	有	年 1 回以上実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
身体的拘束	無	※身体保護のため緊急やむを得ない場合のみ有り

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ①面会 午前 9 時 00 分から午後 5 時 30 分までとします。
面会簿へ記入してください。
- ②外出・外泊 原則 3 日前までに各サービスステーションで届出をしてください。
- ③飲酒・喫煙 禁止とさせていただきます。
- 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私物の持込 品物によって制限させていただく場合があります。
- ⑥貴重品の持込み 原則としてお断りいたします。
- ⑦施設外での受診 外泊時に受診される場合は事前にご連絡をください。
- ⑧宗教活動 お断りいたします。
- ⑨ペットの持込 お断りいたします。
- ⑩飲食物の持込 持ち込まれた場合には、職員に必ずお声がけください。
食べきれなかった飲食物はお持ち帰り下さい。施設で保管は致しません。
手作り・生もの（カットフルーツも含む）の差し入れはご遠慮ください。
感染症流行期（おおよそ 11 月～3 月末）の食べ物の持込は全面禁止させていただきます。

- ⑪食事止めの締め切り時間 以下の時間を過ぎての食事止めの依頼があった場合には、食事料金を請求させていただきます。

朝：前日 18 時まで 昼：当日 10 時まで おやつ：当日 13 時まで
夕：当日 16 時まで

7 緊急時の対応方法

利用者の容体の変化等があった場合は、当該施設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。

8 事故発生時の対応

- ・施設は、入居者に対する介護保健施設サービスの提供により事故が発生した場合は、当該入居者の家族及び市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ・施設は、入居者に対する介護保健施設サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、契約書「損害賠償」の頁に基づき、損害賠償を行います。
- ・事故の原因を究明し、再発防止に努めます。

9 他科受診

老人保健施設入所中において医療機関の診療を受ける場合、診療内容が医療保険請求できるものにつきましては医療保険で定められている一部負担金をお支払いいただきます。

老人保健施設で通常行える内容の診療行為については保険請求が出来ません。

入所中に医療機関に受診される場合は、施設医師から医療機関の医師に診療情報の提供が必要である為、必ず支援相談員に確認をしていただくようお願い致します。

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）
（うち1回は夜間を想定した訓練をおこなう） | 年2回以上 |
| 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 虐待の防止のための対応

- ・虐待の防止のための指針に基づき対応します。
- ・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します。
- ・虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- ・サービス提供中に、施設職員又は養護者（利用者の家族等、利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、市町村に通報いたします。

12 ワクチンの接種（有料）

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

13 サービス内容に関する相談・苦情

- | | |
|------------------------------|--------------|
| ① 施設ご利用相談・苦情担当 | |
| 担当 支援相談員 | 0258-24-1100 |
| 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。 | |
| 長岡市役所 介護保険課 | 0258-39-2245 |
| 長岡地域振興局健康福祉環境部 地域福祉課 | 0258-33-4930 |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談室 | 025-285-3022 |

1 4 協力医療機関等

- ① 医療法人誠心会 吉田病院
住所：長岡市長町1丁目1668番地
電話：0258-32-0490
- ② 新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院
住所：長岡市川崎町2041番地
電話：0258-35-3700
- ③ ひまわり歯科
住所：新潟県長岡市川崎2-2478-1
電話：0258-37-7778

1 5 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 正子
- 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

(介護予防) 短期入所療養介護サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明致しました。また、本書を2通作成し、利用者、説明者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

所在地 新潟県長岡市新保町882-1
名称 医療法人 晴生会
介護老人保健施設 葵の園・長岡

説明者 氏名 _____ 印

上記内容の説明を受け、了承しました。

重要事項説明について、認知症などの理由で本人による同意が困難な場合はご家族または代理人（成年後見人等）による代筆をお願い致します。

利用者 氏名 _____ 印

家族（代理人・保証人）氏名 _____ 印
利用者との続柄 （ ）