

契約書別紙兼重要事項説明書

1 介護老人保健施設 葵の園・新潟北区概要

(1) 提供できるサービスの種類

介護老人保健施設の施設サービス及び付随するサービス

(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・新潟北区
所 在 地	新潟県新潟市北区島見町 200-1
法 人 名	医療法人社団 葵会
代 表 者 名	理事長 新谷 幸義
電 話 番 号	025-278-6777
サービスの種類	介護老人保健施設

(3) 施設の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	うち夜間	業 務 内 容
医師	1人以上			医学的管理
看護職員	10人以上		1	医学的管理に基づく看護
介護職員	24人以上		4	介護に関する全般
リハビリ職員	1人以上			リハビリテーション全般
支援相談員	1人以上			利用者及び扶養者との相談・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	1人以上			施設ケアプランの作成
事務職員	3人			施設内の庶務・総務・管理
その他		3人		施設内の環境整備等

(4) 施設の設備の概要

定員	100名		
居室	4人部屋 22室 個室 12室	診察室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。	機能訓練室	3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日あたりの自己負担分です。）

従来型個室		多床室	
要介護度 1	7 2 7 円	要介護 1	8 0 4 円
要介護度 2	7 7 3 円	要介護 2	8 5 4 円
要介護度 3	8 3 9 円	要介護 3	9 2 0 円
要介護度 4	8 9 5 円	要介護 4	9 7 4 円
要介護度 5	9 4 5 円	要介護 5	1, 0 2 6 円

※入所期間中に入院、または自宅に外泊した期間の取扱については、介護保険給付の扱いに応じた料金となりますのでご了承ください。

各 加 算	1 日あたりの料金
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	総単位数（基本サービス、各種加算）の 9. 0 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	総単位数（基本サービス、各種加算）の 9. 7 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	総単位数（基本サービス、各種加算）の 8. 6 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	総単位数（基本サービス、各種加算）の 9. 3 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	総単位数（基本サービス、各種加算）の 6. 9 %
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	総単位数（基本サービス、各種加算）の 5. 9 %
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	2 2 円
栄養マネジメント強化加算	1 1 円
夜勤職員配置加算	2 4 円
初期加算（入所後 30 日間）（Ⅰ）	6 0 円
初期加算（入所後 30 日間）（Ⅱ）	3 0 円
安全対策体制加算（入所時初日のみ）	2 0 円
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	2 6 1 円
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	2 0 2 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	2 4 3 円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	1 2 1 円
リハビリテーションマネジメント計画書作成加算（Ⅰ）	5 3 円
リハビリテーションマネジメント計画書作成加算（Ⅱ）	3 3 円
自立支援促進加算	3 0 4 円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	4 0 円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	6 0 円
入所時前後訪問指導加算（Ⅰ）	4 5 6 円
入所時前後訪問指導加算（Ⅱ）	4 8 6 円
試行的退所時指導加算	4 0 5 円
退所時情報提供加算（Ⅰ）	5 0 7 円
退所時情報提供加算（Ⅱ）	2 5 3 円
入退所前連携加算（Ⅰ）	6 0 8 円
入退所前連携加算（Ⅱ）	4 0 5 円
訪問看護指示加算	3 0 4 円
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	5 0 円
協力医療機関連携加算（Ⅱ）	5 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	3 円
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	1 3 円
排せつ支援加算（Ⅰ）	1 0 円
排せつ支援加算（Ⅱ）	1 5 円
排せつ支援加算（Ⅲ）	2 0 円
再入所時栄養連携加算	2 0 2 円
退所時栄養情報連携加算	7 0 円
経口移行加算	2 8 円

経口維持加算（Ⅰ）	4 0 5 円
経口維持加算（Ⅱ）	1 0 1 円
療養食加算	1 食につき 6 円 1 日 1 8 円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）	9 1 円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）	1 1 1 円
外泊時費用	3 6 7 円
外泊時費用（居宅サービスを利用）	8 1 1 円
ターミナルケア加算 （死亡日 31 日以上 45 日以内）	8 1 円
ターミナルケア加算 （死亡日 4 日以上 3 0 日以内）	1 6 2 円
ターミナルケア加算 （死亡日 2 日又は 3 日）	8 3 1 円
ターミナルケア加算（死亡日）	1, 6 7 3 円
認知症チームケア推進加算（Ⅰ）	1 5 2 円
認知症チームケア推進加算（Ⅱ）	1 2 1 円
認知症専門ケア加算Ⅰ	3 円
認知症専門ケア加算Ⅱ	4 円
若年性認知症入所者受入加算	1 2 1 円
認知症行動・心理症状態緊急対応加算	2 0 2 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） ①（入所者 1 人につき 1 回を限度として加算）	1 4 1 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ） ②（入所者 1 人につき 1 回を限度として加算）	7 0 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	2 4 3 円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	1 0 1 円
緊急時施設療養費 （1 月につき 1 回 3 日を限度 1 日につき）	5 2 5 円
所定疾患施設療養費（Ⅰ）（1 か月 7 日以内）	2 4 2 円
所定疾患施設療養費（Ⅱ）（1 か月 1 0 日以内）	4 8 6 円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	5 1 円
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）	5 1 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	1 0 円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	5 円
新興感染症等施設療養費 （1 月につき 1 回連続する 5 日を限度として）	2 4 3 円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1 0 1 円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	1 0 円

②食費

- ・入所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	第4段階以降
要介護1	300円/日	390円/日	680円/日	1,420円/日	2,050円/日 朝520円 昼800円 夕730円
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

③ 居住費 <4人部屋>

- ・入所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	第4段階
要介護1	0円/日	430円/日	430円/日	430円/日	700円/日
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

④ 居住費 <個室>

- ・入所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	第4段階
要介護1	550円/日	550円/日	1,370円/日	1,470円/日	1,800円/日
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

3 その他の料金

- ・教養娯楽費 実費

(レクリエーションやクラブ活動等に係る費用で、施設で用意する物をご利用いただく場合にお支払いいただきます。)

- ・文書作成料 1通につき3,000円(税別)他の医療機関等に情報提供を希望される場合

- ・理美容代 実費

- ・健康管理料 実費(インフルエンザ等予防接種等に係わる費用)

- ・洗濯代(業者依頼) 550円/1ネット

(ご希望の方は別途「新潟県基準寝具(株)」に業務委託致します)

- ・洗濯込衣類リース(室内着・病衣・:業者依頼) 220円/日

(ご希望の方は別途「新潟県基準寝具(株)」に業務委託致します)

- ・電気利用料 50円/日(税別)(電気毛布、ラジオ、携帯充電器、その他など1点につき)

- ・テレビレンタル代 100円/日(税別)(レンタルテレビを使用する場合)

- ・日用品費 280円/日(税別)(歯ブラシ、歯磨き粉、ポリデント、口腔スポンジ、口腔ティッシュ、口腔ケアジェル、ティッシュBOX、入れ歯ケース、うがい用コップ、クシ、保湿剤、マスク、ワセリン)

○ 支払方法

毎月15日に前月分の請求書を発行いたします。銀行口座引き落としにてお支払い頂きます。

4 入退所の手続

(1) 入所手続

まずは、お電話等でお申込みください。居室に空室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 入所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。

- ・入所者が他の介護保険施設の入所した場合
- ・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）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。）
- ・入所者がお亡くなりになった場合

③ その他

- ・入所者が、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しがたいほどの背信行為を行った場合。
- ・入所者が病院または診療所に入院した場合。
- ・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くことができます。
- ・入所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 当施設のサービスの特徴

(1) 運営の方針

- ・入所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。
- ・入所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	○	年1回以上実施しています
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のみ有り

(3) 施設利用にあたっての留意事項

- ①面会 時間は午前10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・外泊 事前に届出をしてください。
- ③飲酒・喫煙 飲酒は原則としてお断りいたします。
施設内は全館禁煙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 | 医師、看護師にご相談ください。 |

6 緊急時の対応方法

入所者の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、ご家庭の方に速やかに連絡いたします。

7 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おこなう） | |
| ②入所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法の徹底 | 随時 |

8 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入所者にインフルエンザワクチンを接種いたします。

9 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） 中村
（連絡先） 電話 025-278-6777

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。

新潟県国民健康保険団体連合会 025-285-3072

新潟市福祉部 介護保健課 025-226-1273

10 協力医療機関等

協力病院
新潟聖籠病院
住所：新潟県北蒲原郡聖籠町大字蓮野 5968-2
電話：025-256-1010

協力歯科医院
徳真会まつむら歯科 新津診療所
住所：新潟県新潟市秋葉区美幸町3丁目1-12
電話：0250-24-6688

11 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団 葵会
代表者役職・氏名	理事長 新谷 幸義
本部所在地・電話番号	千葉県柏市小青田一丁目3番地12 04-7136-8008

令和 年 月 日

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

別紙 個人情報の利用目的の内容も説明しました。

事業者

所在地 千葉県柏市小青田一丁目3番地12 [事業所番号] 1550180465

名称 医療法人社団 葵会

代表者名 理事長 新谷 幸義 印

説明者氏名 介護老人保健施設 葵の園・新潟北区

入所契約について、認知症などの理由で本人による同意が困難な場合は御家族または代理人（成年後見人）による代筆をお願い致します。

上記内容の説明を受け、了承しました。

入所者

氏名 印

家族(代理人・後見人)

氏名 印