

重 要 事 項 説 明 書

ユニット型

医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・桶川

介護老人保健施設 葵の園・桶川 重要事項説明書

1 施設の名称及び所在地

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・桶川
所在地	埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 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	0 4 8 - 7 2 9 - 1 5 0 0
サービスの種類	介護保健施設サービス
介護保険事業者番号	1155280033(ユニット型)

2 事業の目的

加齢に伴い生ずる心身の変化に起因する疾病等により要支援、経過的要介護状態等となり介護、機能訓練並びに看護及び医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入所療養介護のサービスを提供し、もって保険医療の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

3 運営の方針

- (1) 施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活の世話を行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともにその者の居宅における生活への復帰を目指すものとする。
- (2) 入所者の意思及び人権を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- (3) 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し、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、及び他の介護保健施設、保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を努めるものとする。

4 職員の職種・員数

職種	常勤	非常勤	夜間	備考
	ユニット	ユニット	ユニット	
医師	1			
看護師	5		1	
介護士	13		3	
理学療法士等	3			
支援相談員	1			
薬剤師		0.34(常勤換算)		
管理栄養士	1			
介護支援専門員	1			
事務職員	3			

5 利用定員及び設備等

定員	1 5 0 名
居室	ユニット 5 8 床
浴室	一般浴室、個浴室、機械浴室があります
機能訓練室	1 室

6 サービスの内容

- (1) 医療・看護・介護の各サービス
- (2) 入浴(週2回)
- (3) 機能訓練
- (4) 食事
- (5) 相談援助（入所者及び家族への助言援助）
- (6) レクリエーション、家族との交流
- (7) サービス利用のための措置

項 目	有 無	備 考
男性職員の有無	有	—
身体的拘束の有無	無	—
従業員への研修の実施	有	月1～2回の施設内研修の実施
サービスマニュアルの有無	有	—

※身体的拘束の手続きについて

緊急やむを得ない状況が発生し、「身体拘束」を行う場合は以下の手続きにより行います。

- (1) 第一に代替案を検討します
- (2) 実施にあたっては、必要最小限の方法、時間、期間、実施方法の適正、安全性、経過確認の方法について検討を行います。
- (3) 事前もしくは事後速やかに、施設長の判断を仰ぎます。
- (4) 事前もしくは事後速やかに、家族等に連絡を致します。
- (5) 事前もしくは事後速やかに、施設長・事務長・看護師・支援相談員・介護士・家族等の参加するカンファレンスを開催し、「身体拘束」の理由、治療及び対応方針を確認し、ケアプランを作成致します。

7 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。）

	ユニット型		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	8 2 4 円	1, 6 4 8 円	2, 4 7 1 円
要介護度2	8 7 1 円	1, 7 4 2 円	2, 6 1 3 円
要介護度3	9 3 8 円	1, 8 7 6 円	2, 8 1 3 円
要介護度4	9 9 5 円	1, 9 8 9 円	2, 9 8 3 円
要介護度5	1, 0 4 6 円	2, 0 9 1 円	3, 1 3 7 円

上記の料金表以外に、別途加算があります。

各加算	1日あたりの料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
初期加算（Ⅰ）	62円	124円	185円
初期加算（Ⅱ）（入所日から30日間）	31円	62円	93円
認知症ケア加算	78円	156円	234円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）（1日につき）	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）（1日につき）	5円	9円	13円
短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	265円	530円	795円
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ)（月単位）	34円	68円	102円
自立支援促進加算（月単位）	309円	617円	925円
療養食加算（1食につき1回）	7円	13円	19円
経口移行加算	29円	58円	87円
経口維持加算Ⅰ	411円	822円	1,233円
経口維持加算Ⅱ	103円	206円	309円
緊急時治療管理加算(1月1回3日を限度)	525円	1,064円	1,596円
外泊時加算（1月に6日を限度）	372円	744円	1,116円
口腔衛生管理加算（Ⅰ）（月単位）	93円	185円	278円
口腔衛生管理加算（Ⅱ）（月単位）	113円	226円	339円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19円	37円	56円
夜勤職員配置加算	25円	50円	74円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）	247円	493円	740円
認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）	124円	247円	370円
退所時情報提供加算（Ⅰ）（1人につき1回）	514円	1,027円	1,541円
退所時情報提供加算（Ⅱ）（1人につき1回）	257円	514円	771円
訪問看護指示加算	309円	617円	925円
若年性認知症入所者受入加算	124円	247円	370円
療養体制維持特別加算	28円	56円	84円
入退所前連携加算（Ⅰ）	617円	1,233円	1,849円
入退所前連携加算（Ⅱ）	411円	822円	1,233円
入所前後訪問指導加算Ⅰ 2	463円	925円	1,380円
入所前後訪問指導加算Ⅱ 2	493円	986円	1,479円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ	144円	288円	432円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ	72円	144円	216円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）	247円	493円	740円
かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ）	103円	206円	309円
所定疾患施設療養費Ⅰ	246円	491円	737円
所定疾患施設療養費Ⅱ	493円	986円	1,479円

退所時栄養情報連携加算（回）	72円	144円	216円
再入所時栄養連携加算（回）	206円	411円	617円
排せつ支援加算（Ⅰ）（月単位）	11円	21円	31円
排せつ支援加算（Ⅱ）（月単位）	16円	31円	47円
排せつ支援加算（Ⅲ）（月単位）	21円	41円	62円
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）（月単位）	41円	82円	123円
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）（月単位）	62円	124円	185円
安全対策体制加算（入所月1回のみ）	21円	41円	62円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ（月単位）	3円	6円	9円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ（月単位）	14円	27円	40円
ターミナルケア加算11	74円	148円	222円
ターミナルケア加算21	165円	329円	493円
ターミナルケア加算31	935円	1869円	2804円
ターミナルケア加算41	1952円	3903円	5854円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	205円	411円	616円
外泊時在宅サービス利用費用（1月6日限度）	822円	1644円	2,465円
在宅復帰在宅療養支援機能加算（基本型）	35円	70円	105円
協力医療機関連携加算（1）（月単位）	103円	206円	309円
協力医療機関連携加算（2）（月単位）	6円	11円	16円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）（月単位）	11円	21円	31円
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）（月単位）	6円	11円	16円
新興感染症等施設療養費	247円	493円	740円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	総合計単位数の3.9%		
特定介護職員処遇改善加算Ⅰ	施設サービス費、別途加算の総合計単位数の2.1%		
介護職員等ベースアップ等支援加算	総合計単位数の0.8%		

※上記料金は桶川市地域6級地区分単価（10.27円）で計算されています。

（2）食 費

	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	300円/日	390円/日	650円/日	1,360円/日	1,850円/日 （朝：470円） （昼：750円） （夕：530円） （おやつ：100円）
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					

（3）居住費 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、②	第4段階
要介護1	820円/日	820円/日	1,310円/日	2,000円/日
要介護2				
要介護3				
要介護4				
要介護5				

(4) その他の料金 ※希望者による

日用品費	1 日あたり 300 円 (タオル・バスタオル等の費用です)
教養娯楽費	1 日あたり 150 円 (レクリエーションやクラブ活動に係る費用です)
文書作成料	1 通につき 2,000 円 ～ 20,000 円税別 (他医療機関等に情報提供等を希望される場合)
在所証明書	1 通につき 500 円税別
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に係る費用や抗原検査に係る費用等)
外泊時おむつ代	実費
電気代	テレビ・ラジオ等でコンセント使用時 50 円/日 税別

8 入退所の手続き

(1) 入所手続き

まずは、お電話等でお申込みください。居室に空きがあれば入所頂けます。

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

(2) 退所手続き

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、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に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた入所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もって退所していただくことになります。)
- ・入所者が医療機関へ入院した場合
- ・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関わらず、7 日以内に支払わない場合、又は入所者やご家族などが事業者やサービス利用契約を終了させていただくことがございます。
- ・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。

9 非常災害対策

(1) 防災時の対応：事業所防災規定による。

(2) 防災設備：前ア項の規定に沿った設備を設置。

(3) 防災訓練：年 2 回実施。

10 事故発生時の対応

(1) 事故発生時は、速やかに家族、関係機関に連絡し対応致します。

(2) サービスの提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により、入所者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入所者に対して損害を賠償致します。

11 緊急時の対応方法

入所者の容態の変化等があった場合は、医師により必要な処置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

12 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

苦情担当 事務長 武田 淳美

相談担当 支援相談員

連絡先 電話 048-729-1500

(2) その他

市町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話：048-824-2568

桶川市 担当課：介護保険課 電話：048-786-3211

13 協力医療機関

協力医療機関	医療法人財団 聖蹟会 埼玉県中央病院	
	埼玉県桶川市坂田 1726	048-776-0022
	医療法人社団 壽照会 大谷記念病院	
	埼玉県桶川市加納字宮の脇	048-728-2411
	医療法人社団 顕心会 伊奈中央病院	
	埼玉県北足立郡伊奈町寿 4 丁目 43 番地	048-721-3022
協力歯科医院	ひのき歯科	
	埼玉県さいたま市北区日進町 2-1108-3	048-651-8855

14 その他留意事項

面会	施設へお問い合わせ下さい。
外泊・外出	施設へお問い合わせ下さい。
飲酒・喫煙	全館禁煙となっています。
設備・備品の利用	定められた場所で注意を持って正しく使用してください。
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。
私物の持ち込み	衣類その他私物には必ず全てフルネームでお名前を記入してください。 (油性マジックで記入、またはネームシール可) 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。
貴重品の持ち込み	お断りします
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。事前にご連絡ください。
宗教活動	お断りします
ペットの持ち込み	お断りします
飲食物の持ち込み	お断りします。ご家族が施設内で一緒に飲食を希望する場合には看護師にご相談いただき、看護師の許可を得てください。残った食べ物はお持ち帰りください。誤嚥（気管に入り肺炎の原因）・窒息の危険性があります。また、何を摂取されていたかを看護師・職員にお知らせください。

令和 年 月 日

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

事業者 所在地 埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 1
名 称 医療法人社団 葵会
介護老人保健施設 葵の園・桶川

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人保健施設入所についての重要事項の説明を受けました。

入所者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

