

## 介護老人保健施設 葵の園・大宮 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・大宮
所在地	埼玉県さいたま市西区清河寺685-1
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	048-621-1155
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	1156580118

### 2 事業の目的

加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により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、介護保健施設サービスを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並びに日常生活の世話を行なうことにより、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こと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格を尊重し、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、及び他の介護保険施設、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に努めるものとする。

### 4 従業員の職種・員数・職務内容・勤務体制

#### 従業員の職種・員数・職務内容

職種	常勤	非常勤	夜間	職務内容
医師	1	4		医学的管理
看護職員	14	7	1	医学的管理に基づく看護
介護職員	46	16	7	介護に関する全般
理学・作業療法士	13			リハビリテーション
支援相談員	3			利用者及び扶養者との相談・指導等
薬剤師	1			調剤及び薬学的管理
管理栄養士	1	1		栄養管理及び食品の安全衛生
介護支援専門員	2			施設ケアプランの作成
事務職員	5			施設内の庶務・総務
その他		11		施設内の環境整備等

勤務体制

職種	勤務体制
医師（施設長）	日勤 8：30～17：30
看護職員	日勤 8：30～17：30 夜勤 17：00～翌 9：00
介護職員	早番 7：00～16：00 日勤 8：30～17：30 遅番 10：30～19：30 夜勤 17：00～翌 9：00
理学・作業療法士	日勤 8：30～17：30
支援相談員	日勤 8：30～17：30
薬剤師	日勤 8：30～17：30
管理栄養士	日勤 8：30～17：30
介護支援専門員	日勤 8：30～17：30
事務職員	日勤 8：30～17：30 遅番 10：30～19：30

5 入所定員等

定員	150名（認知症専門棟 40名）									
居室	1床室	10室	2床室	3室	4床室	15室	特別な個室	74室	診察室	1室
浴室	一般浴室と特殊浴室があります。					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

事項	有	無	備考
男性介護職員の有無		○	
職員への研修の実施	○		年1回以上定期的に実施しています
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検討

※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・介護支援専門員・支援相談員・介護士・家族等の参加する緊急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、ケアプランを作成します。
- ⑥ 実施にあたっては、別紙の通り検討事項の内容、カンファレンスの内容等の記録を作成します。
- (8) 体調不良時等のサービス提供について  
病状が不安定、事故のリスクが高い等、居室内でのサービスの提供で安全が確保されないと考えられる場合、居室の変更やサービスステーションの近くで経過を看させていただく場合があります。

## 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。）

	多床室			従来型個室		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度 1	847円	1,694円	2,541円	766円	1,532円	2,298円
要介護度 2	901円	1,801円	2,701円	815円	1,630円	2,445円
要介護度 3	970円	1,940円	2,910円	885円	1,769円	2,653円
要介護度 4	1,027円	2,053円	3,079円	943円	1,886円	2,829円
要介護度 5	1,081円	2,162円	3,243円	996円	1,991円	2,986円

※入所期間中に自宅に外泊した期間の取扱については、上記費用に代えて「外泊時加算(保険施設外泊時費用)」の料金になります。

各加算	1日あたりの料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
夜勤職員配置加算	26円	52円	77円
短期集中リハビリ実施加算Ⅰ	276円	551円	827円
短期集中リハビリ実施加算Ⅱ	214円	428円	641円
認知症短期集中リハビリ実施加算Ⅰ	257円	513円	769円
認知症短期集中リハビリ実施加算Ⅱ	129円	257円	385円
認知症ケア加算	82円	163円	244円
若年性認知症受入加算	129円	257円	385円
在宅復帰在宅療養支援加算Ⅰ	55円	109円	164円
外泊時加算（1月に6日を限度）	387円	774円	1,160円
外泊時在宅サービス利用費用	855円	1,709円	2,564円
ターミナルケア加算1Ⅰ	77円	154円	231円
ターミナルケア加算2Ⅰ	171円	342円	513円
ターミナルケア加算3Ⅰ	972円	1,944円	2,916円
ターミナルケア加算4Ⅰ	2,030円	4,059円	6,088円
初期加算Ⅰ（入所日から30日以内の期間）	64円	128円	192円
初期加算Ⅱ（入所日から30日以内の期間）	32円	64円	96円
退所時栄養情報連携加算	75円	150円	225円
再入所時栄養連携加算	214円	428円	641円
入所前後訪問指導加算Ⅰ2	481円	962円	1,442円
入所前後訪問指導加算Ⅱ2	513円	1,026円	1,538円
試行的退所時指導加算	428円	855円	1,282円
退所時情報提供加算Ⅰ	534円	1,068円	1,602円
退所時情報提供加算Ⅱ	267円	534円	801円
入退所前連携加算Ⅰ	641円	1,282円	1,923円
入退所前連携加算Ⅱ	428円	855円	1,282円
訪問看護指示加算	321円	641円	962円
協力医療機関連携加算Ⅰ	107円	214円	321円
協力医療機関連携加算Ⅱ	6円	11円	16円
経口移行加算	30円	60円	90円
経口維持加算（Ⅰ）	428円	855円	1,282円
経口維持加算（Ⅱ）	107円	214円	321円
口腔衛生管理加算Ⅰ	97円	193円	289円

各加算	1割負担	2割負担	3割負担
口腔衛生管理加算Ⅱ	118円	235円	353円
療養食加算（1日に3回を限度）	7円	13円	20円
緊急時治療管理加算Ⅰ	554円	1,107円	1,660円
かかりつけ医連携調整加算ⅠⅠ	150円	299円	449円
かかりつけ医連携調整加算ⅠⅡ	75円	150円	225円
かかりつけ医連携調整加算Ⅱ	257円	513円	769円
かかりつけ医連携調整加算Ⅲ	107円	214円	321円
認知症チームケア推進加算Ⅰ	161円	321円	481円
認知症チームケア推進加算Ⅱ	129円	257円	385円
所定疾患施設療養費Ⅰ	256円	511円	766円
所定疾患施設療養費Ⅱ	513円	1,026円	1,538円
リハビリマネジメント計画書情報加算Ⅱ	36円	71円	106円
褥瘡マネジメント加算Ⅰ	4円	7円	10円
褥瘡マネジメント加算Ⅱ	14円	28円	42円
排せつ支援加算Ⅰ	11円	22円	32円
排せつ支援加算Ⅱ	16円	32円	48円
排せつ支援加算Ⅲ	22円	43円	64円
自立支援促進加算	321円	641円	962円
科学的介護推進体制加算Ⅰ	43円	86円	129円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	64円	128円	192円
安全対策体制加算	22円	43円	64円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅰ	11円	22円	32円
高齢者施設等感染対策向上加算Ⅱ	6円	11円	16円
新興感染症等施設療養費	257円	513円	769円
生産性向上推進体制加算Ⅰ	107円	214円	321円
生産性向上推進体制加算Ⅱ	11円	22円	32円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	20円	39円	58円
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月あたりの介護保険小計に7.5%を乗じます。		

## ②食費

- 利用者負担の段階により下記の内容になります。

	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	300円/日	390円/日	650円/日	1,360円/日	2,270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下記の内容になります。

	第1段階		第2段階		第3段階①②		第4段階	
	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室	多床室	個室
要介護1	0円	550円	430円	550円	430円	1,370円	1,000円	3,000円
要介護2								
要介護3								
要介護4								
要介護5								

## 8 その他の料金

- ・日用品費（希望により提供） 1日あたり 400円（税込）  
（バスタオル、フェイスタオル、おしぼり、歯ブラシ、歯磨き粉等の費用です。）
- ・教養娯楽費 1日あたり200円（税込）  
（個別のレクリエーションを行うに際してのクレヨン・紙その他の費用で、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 440円（税込） 支払証明書の作成を希望される場合（領収書紛失による。）  
3, 300円（税込） 保険会社等の診断書の作成を希望される場合  
5, 500円（税込） 保険会社・年金等の診断書の作成を希望される場合  
11, 000円（税込） 死亡診断書を作成の場合
- ・理美容代 実費（理美容料金表をご参照下さい。）
- ・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です。）
- ・洗濯代（業者依頼） 110円/品（税込）  
（ご希望の方は別途「株式会社クラウンズ」に申し込んでいただきます。）
- ・洗濯衣類リース（業者依頼） 1, 575円/日（税込）  
（ご希望の方は別途「バイオシステム株式会社」に申し込んでいただきます。）
- ・特別室料 1日あたり 2, 200円/日（税込）
- ・外泊時オムツ代 フラットタイプ 120円/枚（税込）  
パンツタイプ 150円/枚（税込）  
尿取りパット 70円/枚（税込）
- ・電気代 1件につき 52円/日（税込）
- ・テレビレンタル代 157円/日（税込）
- ・イヤホン代 440円/個（税込）（購入利用者のみ）

### ○ 支払方法

銀行振替または、振込となります。

## 9 入退所の手続

### (1) 入所手続

お電話等でお申込みください。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）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となります。）
- ・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又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。

- ・利用者が病院又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には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。
- ・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。

#### 10 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。

#### 11 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法の徹底 随時

#### 12 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（さいたま市等）に連絡し対応します。
- (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、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は利用者に対してその損害を賠償します。

#### 13 高齢者虐待防止について

施設は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための指針の整備、定期的な研修の実施を行い、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢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は、速やかに、これをさいたま市等に通報します。

#### 14 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに医薬品及び医療機器の管理を適正に行うことに努めます。
- (2) 施設において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。
- (3) 施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延の防止のための対策をする委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね3月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (4) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに常に密接な連携に努めます。

#### 15 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、入所者に対する介護保健施設サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 16 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

苦情等責任者	事務長
相談・苦情等担当	支援相談員
連絡先	電話 048-621-1155

### (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。

埼玉県国民健康保険団体連合会	048-824-2568
さいたま市役所介護保険課	048-829-1264
さいたま市西区役所高齢介護課	048-620-2668

## 17 インフルエンザワクチンの接種

集団感染防止のため、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）

## 18 協力医療機関等

- ① 協力医療機関 指扇病院  
住所：埼玉県さいたま市西区平方領々家 983  
電話：048-623-1101
- ② 協力医療機関 西大宮病院  
住所：埼玉県さいたま市大宮区三橋 1-1173  
電話：048-644-0511
- ③ 協力歯科医院 高木歯科クリニック  
住所：埼玉県さいたま市西区大字高木 266  
電話：048-625-7581
- ④ 協力歯科医院 ひのき歯科医院  
住所：埼玉県さいたま市北区日進町 2-1108-3  
電話：048-651-8855

## 19 その他留意事項

- ① 面会 時間は午後 2 時 30 分から午後 3 時 45 分までとします。  
事前予約制にてお受けいたします。  
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。

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および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】 (事業所番号) 【1156580118】  
所在地 埼玉県さいたま市西区清河寺 685-1  
名称 医療法人社団 葵会  
介護老人保健施設 葵の園・大宮

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 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。

<利用者> 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(保証人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印