

介護老人保健施設 成寿苑  
短期入所療養介護 ・ 介護予防短期入所療養介護

## 重 要 事 項 説 明 書

### 1 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保険施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、又、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーション等といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

### 2 施設の概要

施設 の 名 称 等	社会福祉法人 成寿会 介護老人保健施設 成寿苑
所 在 地	秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
電 話 番 号	0186-48-4975
開 設 年 月 日	平成17年 4月 1日
管 理 者 名	施設長 戸 嶋 幸 男
指 定 事 業 所 番 号	0550480032

### 3 施設の職員体制

	必要人員数	業務内容
医師	1人	利用者の病状を把握し、医学サービスの管理、提供を行います。
医師（非常勤）	2人	
看護職員	13人	医師の指示のもとに、健康管理・医療補助・療養上のお世話を行います。
看護職員（非常勤）	2人	
介護職員	23人	利用者の生活全般にわたる介護を行います。
介護職員（非常勤）	14人	
支援相談員	3人	生活相談やご家族の各種相談に応じます。
介護支援専門員	1人	サービス計画の作成を行います。
理学療法士	2人	心身の諸機能の維持回復を図り、必要なリハビリテーションを計画的に行います。
作業療法士	3人	
言語聴覚士	1人	

※ 兼務あり

### 4 入所定員等

(1) 定 員 100名（うち認知専門棟 40名）

- ・療養室（一般棟） 個室（56室）
- ・認知室（認知棟） 個室（40室）

## 5 サービス内容

- ① 短期入所療養介護計画の立案
- ② 食事  
朝 食                    7時30分 ～        8時15分  
  昼 食                    12時00分 ～    12時45分  
  夕 食                    17時45分 ～    18時30分
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。  
入所利用者は、週に最低2回ご利用いただきます。但し、利用者の身体の状態  
に応じて清拭となる場合があります）
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 理容サービス
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ その他

\* これらのサービスの中には、利用者の方から基本料金とは別に利用料金を  
いただくものもありますので、具体的にご相談ください。

## 6 利用料金

### (1) 基本利用料

①施設利用料（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。）

#### ◎短期入所療養介護

##### ●従来型個室

介護度	利用者負担額
要介護度1	746円
要介護度2	795円
要介護度3	848円
要介護度4	902円
要介護度5	955円

※ 平成17年10月1日以降の入所利用でも下記に該当する方は  
多床室での利用になります。

- ・感染症等により個室の利用を医師が判断した場合
- ・著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に  
影響を及ぼすおそれがあるとして、医師が判断した場合

##### ●多床室（3人部屋利用の方）

介護度	利用者負担額
要介護度1	845円
要介護度2	894円
要介護度3	947円
要介護度4	1,001円
要介護度5	1,054円

◎介護予防短期入所療養介護

●従来型個室

介護度	利用者負担額
要支援1	572円
要支援2	712円

※ 平成17年10月1日以降の入所利用でも下記に該当する方は多床室での利用になります。

- ・感染症等により個室の利用を医師が判断した場合
- ・著しい精神症状等により、同室の他の利用者の心身の状況に影響を及ぼすおそれがあるとして、医師が判断した場合

●多床室（3人部屋利用の方）

介護度	利用者負担額
要支援1	631円
要支援2	785円

②各種加算

- \* 夜勤職員配置加算として、1日24円加算されます。
  - \* リハビリテーション機能強化加算として、1日30円加算されます。
  - \* 個別リハビリテーション実施加算として1日240円加算されます。
  - \* 認知症ケア加算対象者は、1日76円加算されます。
  - \* 認知症行動・心理症状緊急対応加算対象者は、1日200円加算されます。
  - \* 若年性認知症利用者受入加算対象者は、1日120円加算されます。
  - \* 送迎を行う場合、片道につき184円加算されます。
  - \* 医師の発行する食事箋に基づき食事が提供された場合、1日23円加算されます。
  - \* 緊急時治療管理加算として、1日500円加算されます。
  - \* サービス提供体制強化加算として、1日12円加算されます。
- ※尚、緊急時に所定の対応を行った場合、別途料金が加算されます。

(2) その他の料金（介護保険給付外サービス）

①居住費（滞在費）

利用されている部屋（療養室）により利用料が異なります。

●従来型個室

- |              |    |        |
|--------------|----|--------|
| 1. 利用者負担第一段階 | 1日 | 490円   |
| 2. 利用者負担第二段階 | 1日 | 490円   |
| 3. 利用者負担第三段階 | 1日 | 1,310円 |
| 4. 利用者負担第四段階 |    |        |
| 従来型個室1       | 1日 | 2,440円 |
| 従来型個室2       | 1日 | 2,140円 |
| 従来型個室3       | 1日 | 1,640円 |

●多床室（（平成17年9月30日まで入所の方、3人部屋利用の方）

- |              |    |      |
|--------------|----|------|
| 1. 利用者負担第一段階 | 1日 | 0円   |
| 2. 利用者負担第二段階 | 1日 | 320円 |

3. 利用者負担第三段階	1日	320円
4. 利用者負担第四段階	1日	320円

## ②食費

1. 利用者負担第一段階	1日	300円 (1食 100円)
2. 利用者負担第二段階	1日	390円 (1食 130円)
3. 利用者負担第三段階	1日	650円 (1食 216円)
4. 利用者負担第四段階	1日	1,500円 (1食 500円)

※入所・退所・外泊等の場合は1食単位でのご請求とさせていただきます。

## ③お客様の選択によるサービス

■特別室	1日	1,000円
特別室の広さ (14.87㎡)・専用トイレ付き 高級カーテン・高級壁掛け時計・カーペット張り 特別室への入居を <u>希望します</u> ・ <u>希望しません</u>		

### ■私物洗濯代 (施設での緊急時の洗濯分)

1キロ	285円
-----	------

※ご希望により洗濯物をクリーニング店に出した場合は別途、実費分をお支払いいただきます。

■理容代	カット	1,800円
	顔そり	1,000円
	パーマ	5,000円
	毛染め	3,500円

■おやつ代	1食	100円
-------	----	------

当施設のおやつを提供を・・・希望します ・ 希望しません

※ご希望される方につきましては、利用料請求書にて月単位での請求とさせていただきます。また、利用者様の健康状態やご家族様の希望でおやつを提供を中止したい場合は、ご要望に応じます。

### ■健康管理費 (インフルエンザ予防接種費用等) 実費相当額

※予防接種を行う前に必ずご家族様にご説明をし、同意を得た上で接種を行います。

### ■その他

日常生活に必要な物品につきましては、ご利用者の方の全額負担となっておりますのでご了承ください。

※上記利用料金については、入所決定事前説明時に利用者及び扶養者に、説明了解のうえ、ご請求いたします。

## 7 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座振込みか口座引き落としとさせていただきます。尚、その他お支払い方法につきましてはご相談に応じます。

又、当施設は、法定代理受領サービスに該当しない介護保険施設サービスに係わる費用の支払いを受けた場合は、提供した介護保険施設のサービス内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を発行いたします。

## 8 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関にご協力いただいています。

### ・協力医療機関

名 称	大館市立総合病院
住 所	秋田県大館市豊町3-1
名 称	独立行政法人労働者健康福祉機構 秋田労災病院
住 所	大館市軽井沢字下岱30
名 称	大館市立扇田病院
住 所	大館市比内町扇田字本道端7番地1
名 称	神成歯科医院
住 所	大館市馬喰町25

## 9 サービスの相談窓口、及び苦情・事故受付窓口

①サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の際の受付窓口は以下通りです。

### ・ナースステーション

電 話 番 号	0186-48-4988
受 付 時 間	午前8時30分～午後17時30分
備 考	ナースステーション前にご意見箱を設置

### ・上記を管轄する事業者

事 業 者	社会福祉法人 成寿会
電 話 番 号	0186-48-4975
営 業 日	土・日・国民の祝祭日・年末年始を除く毎日
受 付 時 間	午前8時30分～午後17時30分
備 考	事務所前にご意見箱を設置

②その他の相談・苦情受付

その他、以下の市町村等の苦情相談窓口相談することもできます。

### ・市町村の相談・苦情受付窓口

市 町 村 名	大館市
電 話 番 号	0186-42-8532
担 当 部 署	介護保険係
備 考	

### ・国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

国保連合会	国民健康保険団体連合会
電 話 番 号	018-883-1550
担 当 部 署	苦情受付窓口
備 考	

③苦情・事故の対応時の基本手順

社会福祉法人成寿会は以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

### I. 苦情・事故の受付

- II. 苦情・事故内容の確認
- III. 苦情・事故解決責任者等への報告
- IV. 苦情・事故解決に向けた対応に関する、お客様への事前説明・同意
- V. 苦情・事故解決に向けた対応の実施
- VI. 再発防止又は改善の処置
- VII. 苦情・事故解決結果のお客様への説明・同意
- VIII. 苦情・事故解決責任者等への最終報告

苦情・事故窓口担当者 高橋 律子 (看護師長)  
 苦情・事故解決担当者 田崎 悟 (事務長)

## 10 緊急時の連絡先

主治医・ご家族等緊急時の連絡先は、予め入所時に確認させていただきます。サービス提供中にお客様の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先へ連絡いたします。

- ・ご家族様

お 名 前	
電 話 番 号	
備 考	

- ・主治医

医 療 機 関	
主 治 医 名	
電 話 番 号	
備 考	

## 11 賠償責任について

- ① 介護老人保健施設は、介護保険施設サービス提供に伴って、当施設の責めに帰すべき事由により、お客様又は、そのご家族等の介護者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- ② 利用者及び扶養者の介護者は、利用者又はその扶養者等の介護者の責めに帰すべき事由により、介護老人保健施設のサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

## 12 守秘義務

当施設とその職員は、業務上知り得た利用者又は扶養者若しくはそのご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、次の各号についての情報提供については、利用者及び扶養者から、予め同意を得た上で行うこととします。

- ①介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供
  - ②介護保険サービスの質の向上のために学会、研究会等での事例発研究発表等。
- 尚、この場合、利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守し

ます。

2 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします

### 13 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、介護老人保健施設の料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

#### 附則

この重要事項説明書は、平成17年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成17年10月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成18年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成20年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成20年 6月23日から施行する。

この重要事項説明書は、平成20年10月10日から施行する。

この重要事項説明書は、平成21年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成21年 4月 6日から施行する。

介護老人保健施設 成寿苑は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

事業者（事業所）介護老人保健施設 成寿苑

（所在地）秋田県大館市積迎内字狼穴79番地

（施設長）戸 嶋 幸 男

（説明者） \_\_\_\_\_ 印

私は、介護老人保健施設 成寿苑との契約締結にあたり、本書面に基づいて、職員（説明者 \_\_\_\_\_）から上記重要事項の説明を受け同意したことを確認します。

平成 年 月 日

お 客 様 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご 家 族 様 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印