

# 介護老人保健施設 成寿苑

## 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 千葉 学 道
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	9人	医師の指示のもとに、健康管理・医療補助・療養上のお世話をを行います。
看護職員（非常勤）	2人	
介護職員	29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）	3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	4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）

(2) 通所定員 28名

### 5 サービス内容

① 施設サービス計画の立案

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 基本時間外施設サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑩ 行政手続代行
- ⑪ 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

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。）

#### ●従来型個室

介護度	利用者負担額
要介護度1	710円
要介護度2	757円
要介護度3	820円
要介護度4	872円
要介護度5	925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料金が適用になります。

- ・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	786円
要介護度2	834円
要介護度3	897円
要介護度4	950円
要介護度5	1,003円

- \*夜勤職員配置加算として、1日24円加算されます。
- \*短期集中リハビリテーション実施加算対象者は、1日240円加算されます。
- \*認知症短期集中リハビリテーション実施加算対象者は、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。
- \*若年性認知症入所者受入加算対象者は、1日120円加算されます。
- \*外泊された場合には、外泊初日と最終日以外は上記施設利用料に代えて362円となります。
- \*ターミナルケア加算対象者は、1日1,650円（死亡日）、820円（死亡日の前日及び前々日）、160円（死亡日以前4日以上30日以下）加算されます。
- \*初期加算として入所後30日に限って、上記施設利用料に30円加算されます。
- \*入所前後訪問指導を行った場合は、460円（1回）加算されます。
- \*退所時指導等を行った場合は、下記の料金が加算されます。
 

①退所前訪問指導加算	460円
②退所後訪問指導加算	460円
③退所時指導加算	400円
④退所時情報提供加算	500円
⑤退所前連携加算	500円
⑥老人訪問看護指示加算	300円
- \*経口移行加算対象者は、1日28円加算されます。
- \*経口維持加算（Ⅱ）対象者は、1日5円加算されます。
- \*口腔機能維持管理体制加算対象者は、1月に30円加算されます。
- \*口腔機能維持管理加算対象者は、1月に110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。
- \*緊急時治療管理対象者は1日500円加算されます。（1月に1回で連続した3日以内）
- \*所定疾患施設療養費対象者は、1月に1回、連続する7日を限度に1日につき、300円加算されます。ただし、上記緊急時治療管理を算定している場合については加算はいたしません。
- \*認知症行動・心理症状緊急対応加算対象者は、入所した日から起算して7日を限度として1日につき、200円加算されます。
- \*認知症情報提供加算対象者は、1回、350円加算されます。
- \*地域連携診療計画情報提供加算対象者は、1人1回を限度として、300円加算されます。
- \*サービス提供体制強化加算（Ⅰ）として、1日12円加算されます。
- \*介護職員処遇改善加算（Ⅰ）として、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数の1.5%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（室料、光熱水費）

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（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
2. 利用者負担第二段階	1日	390円
3. 利用者負担第三段階	1日	650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日単位でのご請求とさせていただきます。  
ただし、利用者負担第四段階のご利用者様につきましては、1食での  
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（10.96㎡）・専用トイレ付き		
専用洗面所付き・高級カーテン・高級壁掛け時計・絨毯張り		
特別室への入室を <u>希望します</u> ・ <u>希望しません</u>		

■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・・・ <u>希望します</u> ・ <u>希望しません</u>		

※ 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。

■義歯洗浄剤代	1個	5円
当施設の義歯洗浄剤代の提供を・・・ <u>希望します</u> ・ <u>希望しません</u>		

※ 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。

■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。

■受診料等本人分立替 実費相当額

※病院への受診をした際に、受診料の本人負担分が発生することがあります。

ご家族様のご希望がある場合に限り、ご家族様に代わり、協力医療機関限定で当施設が立替払いをいたします。この場合には、実費相当額を翌月の請求書にてご家族様にご請求いたします。

なお、病院からの請求額の連絡が遅れた等の理由により、翌月の請求書に間に合わない場合につきましては、翌々月以降となりますのでご承知願います。また、お客様が本来ご負担いただくべきもの（乾電池、イヤホン、靴等）につきましても、お客様（ご家族様）が希望し、当施設の金銭等により買入した場合は、病院受診同様の取扱いとさせていただきます。

当施設の立替払いを・・・ 希望します ・ 希望しません

■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。

■日常生活品費 1日 100円

※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。

当施設の日常生活品の提供を・・・ 希望します ・ 希望しません

■各種証明書料 死亡診断書 4,200円  
二通目以降 2,625円  
他各種診断書 3,150円  
証明書 2,100円  
簡易証明書 1,050円

## 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

- |      |                        |
|------|------------------------|
| ① 名称 | 大館市立総合病院               |
| 住所   | 秋田県大館市豊町3-1            |
| ② 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            |
| ③ 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       |

## 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で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 鳴海 收一（支援相談員主任）

苦情・事故解決担当者 田崎 悟（事務長）

## 10 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。

## 11 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、当施設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。

## 12 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18年 9月28日から施行する。

この重要事項説明書は、平成18年12月28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 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。

この重要事項説明書は、平成22年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成23年 5月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成23年11月28日から施行する。

この重要事項説明書は、平成24年 1月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成24年 2月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成24年 3月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成24年 4月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成24年 6月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成25年 1月 1日から施行する。

この重要事項説明書は、平成25年 4月 1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） 秋田県大館市積迦内字狼穴79番地  
（施設長） 千葉 学 道

（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、貴職員（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