

介護老人保健施設 なでしこ園
入所事業所 重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	介護老人保健施設 なでしこ園
所在地 電話・ファックス番号	〒884-0002 宮崎県児湯郡高鍋町大字北高鍋 3225 番地 電話番号：(0983) 23-8023 ファックス：(0983) 22-5933
交通の便	日豊本線 JR 高鍋駅よりタクシー7分
建物の概要	個室：5室、3人室：1室、4人室：18室 トイレ16ヶ所（車いす対応可トイレ）、会議室、相談室 機能訓練室、談話室、食堂、浴室（特殊浴槽）
緊急対応方法	併設 医療法人山仁会 山口整形外科にて対応
防火・消火設備 避難設備等の概要	避難訓練（年2回） 消火器13ヶ所、消火用散水栓9ヶ所、スプリンクラー 非常階段、避難用すべり台
損害賠償責任保険 加入先	有限会社 全老健共済会
相談・要望・苦情 受付窓口	①なでしこ園・入所支援相談員（電話 0983-23-8023） ※当事業所以外でも下記のところへ苦情・相談を申し立てることが できます。 ②高鍋町役場 健康保険課 介護・高齢者福祉係（電話 0983-26-2008） ③宮崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス相談係（電話 0985-35-5301）

2. 職員体制（主たる職員）

単位：人

職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	研修会受講等 内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1				
医師	3	1	1	1		医師	老人保健施設管理医師 総合診療研修了
理学療法士	4		4			理学療法士	
作業療法士	1		1			作業療法士	
管理栄養士	1		1			管理栄養士	
看護職員	10	6		4		看護師、准看護師	
介護職員	26	21		5		介護福祉士	
支援相談員	3		3			介護支援専門員、介護福祉士、看護師	
介護支援専門員	3		3			介護支援専門員、介護福祉士、看護師	
その他	3			1	2		

3. サービス及び利用料金

◆保険給付サービス

食事・排泄・入浴（清拭）・着替えの介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等を包括的に提供し、下記の表による要介護度別に応じて定められた金額（省令により変動あり）が自己負担となります。

④下記の表は自己負担が1割の場合です。

2割または3割の場合はそれぞれ下記の金額の2倍または3倍になります。

(1日あたり)

	介護度	多床室 (2人室を含む)	従来型個室	
基本料金	要介護1	793円	717円	
	要介護2	843円	763円	
	要介護3	908円	828円	
	要介護4	961円	883円	
	要介護5	1,012円	932円	
加算料金	初期加算(Ⅱ)	30円/日 ※入所日から30日のみ		
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	51円/日		
	夜勤職員配置加算	24円/日		
	短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	258円/回 ※入所後3ヶ月以内に実施した場合のみ		
	認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)	240円/回 ※入所後3ヶ月以内に実施した場合のみ		
	褥瘡マネジメント加算(Ⅱ)	13円/月		
	排せつ支援加算(Ⅰ)	10円/月		
	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)	60円/月		
	経口移行加算	28円/日		
	療養食加算	6円/回		
	所定疾患施設療養費(Ⅱ)	480円/日 ※所定の疾患治療に限り1月に10日まで。		
	安全対策体制加算	20円/日 ※入所初日に1回のみ。		
	ターミナルケア加算	死亡日以前31日以上45日以下	72円/日	
		死亡日以前4日以上30日以下	160円/日	
		死亡日前日及び前々日	910円/日	
死亡日		1,900円/日		
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日			
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	各加算を含む算定単位数の7.5%			

*入所予定日前30日から入所後7日までの間に、退所後に生活をする居宅を訪問して、退所を目的とした施設サービス計画の策定及び診療の方針の決定を行った場合に、入所前後訪問指導として480円が加算される場合があります。(入所中1回限り)

*外泊された場合には、上記施設サービス費に代えて1日につき362円(外泊中に在宅サービスをご利用の場合は1日につき800円)となります。ただし、外泊の初日と施設に戻られた日は、入所日同様の扱いとなり、外泊扱いにはなりません。

*ご利用者の容体が急変した場合等、緊急時に所定の対応を行なった場合は、別途料金をいただきます。

*その他、状況に応じて加算が発生する場合があります。

◆その他の料金

- ① 食費（1日当たり）……1,600円*
- ② 居住費（療養室の利用費）（1日当たり）*
 - ・従来型個室……1,728円
 - ・多床室…………… 437円

※ただし、上記①②について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている負担限度額が1日にお支払いいただく金額の上限となります。

（別紙1負担一覧表を参照）

- ③ 日用品費……250円（1日当たり）
石鹸、シャンプー、トイレットペーパー、バスタオルやおしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ④ 散髪代 ……800円（1回当たり）
散髪をご利用の場合にお支払いいただきます。
- ⑤ 私物の洗濯代……600円（1kg当たり）
私物の洗濯を施設に依頼される場合にお支払いいただきます。
- ⑥ 電気代…… 60円（1点につき、1日当たり）*個人の希望で持ち込んだ場合に限る。
- ⑦ インフルエンザ予防接種（任意予防接種）
インフルエンザ予防接種を希望された場合にお支払いいただきます。（入所者が住所地を有する市町村の定めた額（高齢者等インフルエンザ予防接種の自己負担額）を請求。）
- ⑧ 行事食……500円（1回当たり）
行事食の食材費等としてお支払いいただきます。

◆支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。
- ・お支払方法は、現金、銀行振込、口座引き落としがあります。利用申し込み時にお選び下さい。

4. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 食事：食事は原則として食堂でおとりいただきます。
 - 朝食 8時00分～9時00分
 - 昼食 12時00分～13時00分
 - 夕食 17時30分～18時30分
- ③ 入浴：入所者の身体状況に合わせて、特別浴槽（チェアインバス又はストレッチャーバス）を使用します。入所者は、週に最低2回ご利用いただきます。

ただし、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、作業療法、音楽療法）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 利用者が選定する選択メニュー
- ⑩ 散髪（月1回実施します。）
- ⑪ 行政手続代行
- ⑫ その他

5. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮いただきます。
- ・面会時間は、8時～18時までです。面会時は施設に届け出てください。
- ・面会時は、感染予防のため、年間を通して玄関での手洗いをお願いします。
- ・差し入れ（食品）は、施設での個人的な預かりは行っておりません。（施設側からお願いした場合は除く）
- ・外出・外泊
当施設では、日頃より外出・外泊をお勧めしております。特に、年2回（正月・お盆）は、案内文書等にてご希望をお伺いしております。外出又は外泊しようとする時は、所定の手続きをとって、外出・外泊先、用件、施設へ到着する予定日時等、施設管理者へ届け出て下さい。
- ・飲酒…希望者には家族より預かり夕食時に、行事の際は昼食時に提供します。
- ・喫煙…タバコはステーションで預かり、所定の場所でのみ喫煙となっています。
- ・火気の取り扱いは、すべて禁止となっています。
- ・設備・備品に障害を与えたり、施設外へ持ち出すことを禁じます。
- ・所持品・備品等の持ち込みは、施設の指示に従って下さい。
- ・金銭・貴重品の持ち込みはお断りします。万一、勝手に持ち込まれて紛失した場合当施設は責任を負いかねます。
- ・外泊時等の他科受診については、必ず施設の許可を受けて下さい。無断で受診したり、薬をもらうことはできません。
- ・宗教活動…施設での勧誘や活動は禁じます。
- ・他利用者に宗教や習慣・思想の相違などで他人を排撃し、又、自己の利益のために自由を侵すことは出来ません。
- ・営利行為…物品の売買、賭け事は禁じます。

6. 協力医療機関

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

- ・協力医療機関
 - ・名称 独立行政法人国立病院機構宮崎病院
 - ・住所 宮崎県児湯郡川南町大字川南 19403 番地 4
- ・協力歯科医療機関
 - ・名称 にしぞの歯科医院
 - ・住所 宮崎県児湯郡木城町大字椎木 4154 番地 17

7. 緊急時の対応について

1. 当施設は、利用者に対し、施設医師の医学的判断により対診が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがあります。
2. 当施設は、利用者に対し、当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難な状態、又は、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。
3. 前2項のほか、入所利用中に利用者の心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及び利用者代理人が指定する者に対し、緊急に連絡します。

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「契約書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

8. 事故発生時の対応について

1. サービス提供等により事故が発生した場合、当施設は、利用者に対し必要な措置を講じます。
2. 施設医師の医学的判断により、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。
3. 前2項のほか、当施設は利用者の家族等利用者又は利用者代理人が指定する者及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

9. 入所利用の解除

当施設は、利用者及び利用者代理人に対し、次に掲げる場合には、入所利用を解除・終了することができます。

- ①利用者が要介護認定において自立又は要支援と認定された場合
- ②当施設において定期的実施される入所継続検討会議において、退所して居宅において生活できると判断された場合
- ③利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当施設での適切な介護保健施設サービスの提供を超えると判断された場合
- ④利用者及び利用者代理人が、本約款に定める利用料金を3か月分以上滞納し、その支払を督促したにもかかわらず15日間以内に支払われない場合
- ⑤利用者が、当施設、当施設の職員又は他の利用者に対して、利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑥天災、災害、施設・設備の故障その他やむを得ない理由により、当施設を利用させることができない場合

《 別紙 1 》

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）」
に該当する利用者等の負担額

○利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。

○利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくこととなります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）

【利用者負担第1段階】

生活保護を受けておられる方

所属する世帯全員が市町村民税非課税で老齢福祉年金を受けておられる方

【利用者負担第2段階】

世帯の全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税

本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額 80 万円以下

かつ、預貯金等の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下

【利用者負担第3段階①】

本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額 80 万円超 120 万円以下

かつ、預貯金等の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下

【利用者負担第3段階②】

本人の年金収入額＋その他の合計所得金額が年額 120 万円超

かつ、預貯金等の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下

※年金収入額には非課税年金（遺族年金、障害年金）も含む。

○利用者負担第4段階の利用者の方であっても高齢者二人暮らし世帯などで、お一人が施設に入所しその利用料を負担すると、ご自宅で暮らす方の生活が困難になると市町村が認めた方は、「利用者負担第3段階」の利用料負担となります。

○その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。

◆負担額一覧表（1日当たりの利用料）

	食費	居住費（滞在費）	
		従来型個室	多床室
利用者負担第1段階	300円	550円	0円
利用者負担第2段階	390円		430円
利用者負担第3段階①	650円	1,370円	
利用者負担第3段階②	1,360円		

*重要事項説明・確認書

年 月 日

◆事業者 住 所 宮崎県児湯郡高鍋町大字北高鍋 3225 番地
事業所名 介護老人保健施設 なでしこ園 ㊞

◆説明担当職員 氏名 _____

私は、介護老人保健施設なでしこ園を入所利用するにあたり、重要事項説明書を受領し、本書面に基づいて、担当者による重要事項の説明を受けた事を確認します。

◆利用者 住所 _____

氏名 _____

◆利用者代理人 住所 _____

氏名 _____

(利用者との関係)