

介護医療院はなまる 重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者の名称	医療法人社団 慶北会 花田病院
主たる事務所の所在地	美唄市大通東1条北2丁目2番5号
法人種別	医療法人
代表者の氏名	花田 太郎
電話番号	0126-68-8700

2. 施設の概要

施設の名称	医療法人社団 慶北会 花田病院 介護医療院はなまる
施設の所在地	美唄市大通東1条北2丁目2番5号
事業所番号	01B6100023
施設長の氏名	花田 太郎
電話番号	0126-68-8700
FAX番号	0126-62-3193

3. 介護医療院の目的と運営方針

・施設の目的

介護医療院とは、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。長期にわたり療養が必要な要介護者に対して、「長期療養のための医療」と「日常生活上の支援」を一体的に提供することを目的としています。

・運営方針

長期にわたり療養が必要な要介護者に対して、施設サービス計画書に基づいて、療養上の管理、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上の世話をを行うことにより、その方がその有する能力に応じ快適に日常生活を営むことができるよう支援を行います。

4. 設備の概要

定員	60名	
療養室	従来型個室	個室:7室
	多床室	2人部屋:3室、3人部屋:1室、4人部屋:11室
機能訓練室	1室(1階)	
食堂	1ヵ所	
談話室	1ヵ所	
浴室	一般浴と機械浴があります。	
トイレ	男性用:2ヵ所、女性用:2ヵ所	
非常災害設備等	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、ガス漏れ探知機、防火戸シャッター、屋内消火栓、非常通報装置、漏電火災報知器、非常用電源、カーテン等は防火性のある物を使用	

5. 施設の職員体制

(1) 管理者(院長)	: 1 名	(2) 医師	: 3 名以上
(3) 看護職員(正・准看護師)	: 10 名以上	(4) 介護職員	: 15 名以上
(5) 薬剤師	: 1 名以上	(6) 栄養士	: 1 名以上
(7) 理学療法士	: 2 名以上	(8) 介護支援専門員	: 1 名以上
(9) 事務職員	: 1 名以上	(10) 支援相談員	: 1 名以上

6. 施設サービスの内容

(1) 介護保険給付対象サービス

〈 サービスの内容 〉

サービスの種類	内 容
食 事 栄養ケア マネジメント	朝食 8 時 ～ 8 時 30 分迄 昼食 12 時 ～ 12 時 30 分迄 夕食 18 時 ～ 18 時 30 分迄 ・できるだけ離床して食堂で摂っていただけるよう配慮します。 ・個々の入所者様の栄養状態、健康状態を適切にアセスメントし、その状態に応じて医師、栄養士、看護師等の共同により栄養ケア・マネジメントを行なっていきます。 ・栄養や食事に関しての意向がありましたらお聞かせ下さい。 ・食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談下さい。
医療・看護	・利用者の病状に合わせた医療・看護を提供いたします。 ・医師による診察は、週1回行います。それ以外でも必要がある場合は適宜診察いたします。 ・当施設で行えない手術等急性期治療については転院して治療していただく場合があります。 ・歯科治療については、外部での治療となります。 ・精神科治療が必要な場合には専門病院に転院して治療していただく場合があります。 ※ 他科受診時費用 : 1ヵ月に4日を限度とする。 (所定単位に代え1 日につき 362 単位) (入所者様に対し専門的治療が必要になった場合)
機能訓練	・理学療法士により、入所者様の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又は低下を防止する為の訓練を実施します。
排 泄	・利用者の状況に合わせ、適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴・清式	・週2回(月～金)の入浴又は清拭を行います。 ・全介助の方でも機械浴で対応いたします。
離床・着替え・整容等	・生活機能低下防止の為、できる限り離床に配慮します。 ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
相談及び援助	・入所者様とそのご家族様からのご相談に応じます。

〈 サービス利用料金 〉

施設サービスの居住費・食費は介護保険給付の対象外となり、利用者負担となります。

施設サービスの利用者負担額は

介護サービス費用1割から3割	+	居住費	+	食費	+	日常生活費
----------------	---	-----	---	----	---	-------

《 I 型介護医療院サービス費(i) 多床室 》

介護区分	1割負担時金額		2割負担時金額		3割負担時金額	
	1日分	31日分	1日分	31日分	1日分	31日分
要介護 1	833 円	25,823 円	1,666 円	51,646 円	2,499 円	77,469 円
要介護 2	943 円	29,233 円	1,886 円	58,466 円	2,829 円	87,699 円
要介護 3	1,182 円	36,642 円	2,364 円	73,284 円	3,546 円	109,926 円
要介護 4	1,283 円	39,773 円	2,566 円	79,546 円	3,849 円	119,319 円
要介護 5	1,375 円	42,625 円	2,750 円	85,250 円	4,125 円	127,875 円

《 I 型介護医療院サービス費(i) 従来型個室 》

介護区分	1割負担時金額		2割負担時金額		3割負担時金額	
	1日分	31日分	1日分	31日分	1日分	31日分
要介護 1	721 円	22,351 円	1,442 円	44,702 円	2,163 円	67,053 円
要介護 2	832 円	25,792 円	1,664 円	51,584 円	2,496 円	77,376 円
要介護 3	1,070 円	33,170 円	2,140 円	66,340 円	3,210 円	99,510 円
要介護 4	1,172 円	36,332 円	2,344 円	72,664 円	3,516 円	108,996 円
要介護 5	1,263 円	39,153 円	2,526 円	78,306 円	3,789 円	117,459 円

《 居住費に関する負担区分 》

負担区分	多床室		従来型個室	
	1日分金額	31日分金額	1日分金額	31日分金額
基準負担額	437 円	13,547 円	1,728 円	53,568 円
※第1段階	0 円	0 円	550 円	17,050 円
※第2段階	430 円	13,330 円	550 円	17,050 円
※第3段階①②	430 円	13,330 円	1,370 円	42,470 円

《 食事に関する負担区分 》

負担区分	1日分金額	31日分金額
基準負担額	1,445 円	44,795 円
※第1段階	300 円	9,300 円
※第2段階	390 円	12,090 円
※第3段階①	650 円	20,150 円
※第3段階②	1,360 円	42,160 円

※上記表の居住費・食費については、ご本人住所地の市町村役所(介護保険係)に申請をして「介護保険負担限度額認定証」を受け、施設へ提示してください。

※サービス利用に係る自己負担額(月額)が、それぞれ第1段階の利用者は15,000円、第2段階の利用者15,000円、第3段階の利用者24,600円、第4段階以上の利用者44,400円(一定年収以上の高所得者世帯は93,000円、140,100円)を超えた分については、高額介護サービス費として払い戻し手続きがあります。
(居住費・食費・日常生活費などは含まれません。)

※当施設の医師で対応できる日常的な医療・看護とは別に必要となった特別な医療については、医療保険の対象となりますので医療保険における自己負担額をお支払いください。

(2) 加算について

項目			1割	2割	3割	備考
・ 初期加算			1日につき 30 円	60 円	90 円	入所日から起算して30日以内
・ 夜間勤務等看護加算Ⅳ			1日につき 7 円	14 円	21 円	
・ 薬剤指導管理料			1回につき 350 円	700 円	1050 円	1月に4回を限度とする
・ 感染対策指導管理料			1日につき 6 円	12 円	18 円	1日 × 利用日数
・ 褥瘡対策指導管理(Ⅰ)			1日につき 6 円	12 円	18 円	1日 × 利用日数
・ サービス提供体制強化加算(Ⅲ)			1日につき 6 円	12 円	18 円	1日 × 利用日数
・ 協力医療機関連携加算			1月につき 50 円	100 円	150 円	※令和7年8月1日から算定
・ 安全対策体制加算			入所初日 20 円	40 円	60 円	
栄養管理 体制	・ 療養食加算		1回につき 6 円	12 円	18 円	1日に3回を限度とする
	・ 経口移行加算		1日につき 28 円	56 円	84 円	算定は原則180日まで
	・ 経口維持加算 Ⅰ		1月につき 400 円	800 円	1200 円	算定は原則6ヶ月まで
	・ 経口維持加算 Ⅱ		1月につき 100 円	200 円	300 円	算定は原則6ヶ月まで
リハビ リ	・ 摂食機能療法		1回につき 208 円	416 円	624 円	1月に4回を限度とする
	・ 理学療法 Ⅰ	1回につき 123 円	246 円	369 円		
		1回につき 86 円	172 円	258 円	11回目以降【開始4ヶ月超時】	
	・ 短期集中リハビリテーション		1日につき 240 円	480 円	720 円	【入所後3ヶ月以内】【理学療法Ⅰを算定する場合は算定しない】
	・ リハビリ体制強化加算		1回につき 35 円	70 円	105 円	
	・ 認知症行動 / 心理症状緊急対応加算		1日につき 200 円	400 円	600 円	7日間を限度とする
	・ 緊急時治療管理		1日につき 518 円	1036 円	1554 円	1月に1回、連続する3日を限度とする
	・ 初期入所診療管理		1回につき 250 円	500 円	750 円	
	・ 退所時情報提供加算 Ⅰ		1回につき 500 円	1000 円	1500 円	居宅へ退所した場合
	・ 退所時情報提供加算 Ⅱ		1回につき 250 円	500 円	750 円	医療機関へ退所した場合
	・ 退所時指導加算		1回につき 400 円	800 円	1200 円	
	・ 医学情報提供	1回につき 220 円	440 円	660 円		
		1回につき 290 円	580 円	870 円		
	・ 退所前連携加算		1回につき 500 円	1000 円	1500 円	
	・ 退所前・後訪問指導		各1回につき 460 円	920 円	1380 円	
	・ 訪問看護指示加算		1回につき 300 円	600 円	900 円	
	・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		1月につき	月の介護報酬総金額の2.9%に相当する金額の内1割～3割分		

7. 介護保険給付対象外サービス

理髪・美容	・ 月1回(第2火曜日)、理容室の方に来ていただいております。ご希望の方は看護師詰所に申し出てください。 【 男性・女性 】 <table><tr><td>・カット・顔そり</td><td>…</td><td>2,700円</td></tr><tr><td>・丸刈り・顔そり</td><td>…</td><td>2,500円</td></tr><tr><td>・カット</td><td>…</td><td>2,000円</td></tr><tr><td>・丸刈り</td><td>…</td><td>1,800円</td></tr><tr><td>・顔そり</td><td>…</td><td>1,500円</td></tr></table>	・カット・顔そり	…	2,700円	・丸刈り・顔そり	…	2,500円	・カット	…	2,000円	・丸刈り	…	1,800円	・顔そり	…	1,500円
・カット・顔そり	…	2,700円														
・丸刈り・顔そり	…	2,500円														
・カット	…	2,000円														
・丸刈り	…	1,800円														
・顔そり	…	1,500円														
冷蔵庫	・ 1日90円でご利用いただけます。															
洗濯物	・ 私物クリーニングをご利用ください。															
病衣	・ リースか私物かを選択していただきます。															

8. ご利用料金の支払い方法について

毎月10日以降に前月分の「請求書兼領収書」を発行しますので、窓口にてお支払いをお願いいたします。お支払いいただきますと領収証に受領印を押印いたします。

9. 協力医療機関等

協力医療機関	名 称	医療法人社団慶北会 花田病院
	所在地	美唄市大通東1条北2丁目2番5号
	診療科	内科・消化器科・循環器科・リハビリテーション科
協力歯科医療機関	名 称	美唄歯科
	所在地	美唄市西1条南2丁目1番2号

10. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

来訪・面会	面会時間は11時～19時までとなっております。来訪者はその都度職員に届け出をし、面会時間を厳守してください。
外出・外泊	外出・外泊の際に行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。 ※ 外泊時費用：1月に6日を限度 (所定単位に代えて1日につき 362 単位) (但し外泊の初日及び最終日は算定しない)
室内・設備・器具	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。破損などが生じた場合は弁償していただく場合があります。
消灯	21時となっております。
喫煙・飲酒	全館・敷地内禁煙です。飲酒は認めません。
迷惑行為	騒音など他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、やみくもに他の利用者の居室に立ち入らないようにしてください。
ハラスメント等	職員に対する①身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)②精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)③セクシャルハラスメント(意に添わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求などの性的ないやがらせ行為)などの行為により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

(10. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項)

所持品の管理	多額の現金を居室に持ち込まないようお願いいたします。
宗教・政治活動	施設内での宗教・政治活動または、ほかの利用者に対する勧誘行為はお断りします。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。
電気器具の使用	電気器具の持込についてはご相談ください。携帯ラジオはイヤホンを利用し他人の迷惑にならないようにしてください。

11. 事故発生時の対応について

- ・当施設は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- ・事故の状況及び事故に際して採った措置について記録を行い、事故の原因を解明し、再発生を防ぐ為に対策を講じます。
- ・当施設は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

12. 非常災害時の対策

当施設では、法人の定める消防計画及び非常災害計画にのっとり年2回、夜間及び昼間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施しています。

13. 個人情報の取扱い

当施設とその職員は、当施設の個人情報保護方針に基づき業務上知り得た入所者様又はご家族様若しくは身元保証人様に関する個人情報を適切に取り扱いいたします。また、正当な理由なく第三者に漏らしません。

14. 身体拘束等

当施設は、原則として入所者様に対し身体拘束を行いません。但し、自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ない場合は、施設管理者又は担当医師が判断し、身体拘束その他の入所者様の行動を制限する行為を行うことがあります。その場合には、担当職員がその様態及び時間、その際の入所者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由をご家族様に説明し、同意を得た上で診療録に記載することとします。

15. 虐待の防止

当施設では、高齢者虐待防止法に基づき、入所者様の人権擁護、虐待の発生又はその再発の防止に対する体制の整備を行っています。

16 . サービス内容に関する苦情相談窓口

(1) 当施設のサービスについて、ご不明な点や疑問、苦情がございましたら次の窓口で対応します。

お客様相談窓口	電話番号	0126-68-8700
	FAX番号	0126-62-3193
	支援相談員	間島 由枝(地域医療連携室)
	介護支援専門員	堀田 訓子
	対応時間	平日 9:00～16:30 土曜 9:00～12:00 ※業務により、すぐ対応できない場合があります。

※ また、ご意見箱を1階待合室や2階踊り場に設置しておりますのでご利用ください。責任を持って調査、改善させていただきます。

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

その他の申立機関等	美唄市保健福祉部高齢者介護保険課(0126-62-3131) 北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課企画・苦情係 介護サービス苦情相談専用直通電話(011-231-5175)
-----------	---

自己負担利用に対する同意書

その他介護保険給付外サービス(税込み総額表示)

電気代	表示料金	利用の確認
冷蔵庫 (個人)	1日 90 円	利用する ☐ しない ☐

* 上記サービス内容説明に基づいて

☐ 利用を必要とした場合、表示料金で使用することに同意します。

* 前述した居住費・食費の利用者負担分の内容説明に基づいて

☐ 表示料金で利用することに同意します。

住 所 : _____

利用者名 : _____ 印

〔署名代行者〕

住 所 : _____

氏 名 : _____ 続柄 () 印

事業者所在地 : 美唄市大通東1条北2丁目2番5号
事業者名 : 医療法人社団慶北会 花田病院
代表者名 : 介護医療院 はなまる
施設長 花田 太郎

当事業所は、重要事項説明に基づいて、介護医療院サービス内容及び重要事項を説明しました。

年 月 日

事業者所在地： 美唄市大通東1条北2丁目2番5号

事業所名： 医療法人社団慶北会花田病院

施設名 介護医療院はなまる

施設長名： 花田 太郎

説 明 者 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護医療院のサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意いたしました。

〔利用者〕

住 所： _____

氏 名： _____ 印

電話番号： _____

〔署名代行者〕

住 所： _____

氏 名： _____ 印

電話番号： _____

続 柄： _____

〔身元引受人〕

住 所： _____

氏 名： _____ 印

電話番号： _____

続 柄： _____