

重要事項説明書（介護老人保健施設入所サービス）

介護老人保健施設の入所サービス提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令第40号第5条に基づいて、当施設があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 雄心会
主たる事務所の所在地	北斗市清水川4番地1
代表者の氏名	理事長 伊藤 正明
電話番号	0138（77）1700

2. ご利用施設

施設の名称	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設の所在地	北斗市清水川4番地1
都道府県知事許可番号	0151580073
施設長の氏名	埴 貞明
電話番号	0138（77）1700
ファクシミリ番号	0138（77）1600

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定	利用定員
	指定年月日 平成24年10月 1日	
	指定番号 0151580073	
短期入所療養介護	平成24年10月 1日	空床利用
通所リハビリテーション	平成24年10月 1日	45人

4. 施設の目的と運営の方針

〔目的〕 介護老人保健施設の適正な運営をはかるために、人員及び管理・運営に関する事項を定め、施設の医師、看護師、介護職員、支援相談員、作業療法士又は理学療法士若しくは言語聴覚士等、管理栄養士、介護支援専門員及びその

他の職員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な介護保健施設サービス等を提供することを目的とする。

〔方針〕 施設は、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上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ、日常の生活が可能な限り自立して営むことができるよう支援するとともに、その入所者の居宅における生活への復帰を目指すものとする。

施設は、入所者の意志及び人格を尊重し、常に入所者の立場で介護保健サービス等の提供に努めるものとする。

施設は、明るく家庭的な雰囲気のもとに、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、関係市区町村、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、他の介護保険施設、その他の保健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。

5. 施設の概要

介護老人保健施設 いなほ

敷 地	5, 2 0 0 m ²
建 物	鉄骨造 3 階建
延床面積	4, 7 8 2. 1 3 m ²
利用定員	9 6 名

(1) 居 室(全室個室)

居室の種類	室 数	1 人あたり面積
個 室	6 0	1 0. 6 5 m ² 以上
	3 6	1 3. 2 0 m ² 以上

(2) 主な設備

設備の種類	数
機能訓練室	1 箇所
談話室	1 2 箇所
食 堂	1 2 箇所
一般浴室	2 箇所
特殊浴室	1 箇所
レクリエーションルーム	2 箇所
トイレ	3 9 箇所

6. 職員体制

従業者の職種	人 員
管理者	1 名
医師	1 名以上
薬剤師	1 名以上（非常勤）
看護職員	10 名以上
介護職員	23 名以上
支援相談員	1 名以上
理学療法士、理学療法士又は作業療法士	3 名以上
栄養士又は管理栄養士	1 名以上
介護支援専門員	1 名以上
調理員	(委託)
事務員	1 名以上

7. 施設サービスの概要と利用料（法定代理受領を前提としています。）

1 介護保険給付によるサービス

(1)医療・看護

- あなたの病状等に合わせた医療・看護を提供します。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。ただし、当施設では行なえない処置（透析等）や手術、その他病状が著しく変化した場合の医療については、他の医療機関で治療していただきます。

(2)機能訓練

- 作業療法士又は理学療法士若しくは言語聴覚士等による機能訓練を、入所者の課題にあわせて行います。

(3)排泄

- 自立排泄か、時間排泄か、おむつの使用についても、入所者の状況にあわせて支援等行います。

(4)入浴・清拭

- 入浴は週2回程度行います。
- 入浴日、入浴時間は職員よりご連絡します。
- 入浴日に体調不良等により、入浴できない方は、入浴日の変更又はタオルで体をお拭きします。

(5)離床

- 寝たきり防止のため、毎日の離床に支援等行います。

(6)更衣

- ・ 毎朝夕の着替えに支援等行います。

(7)整容・シーツ交換

- ・ 整容などにかかわる身の回りの支援等行います。
- ・ シーツ交換は基本的に週1回とし、必要に応じて行います。

(8)介護等の相談

- ・ 入所者とその家族からのご相談に応じます。

(9)費用

介護保険給付のサービスに係る費用とは、基本サービス費及び加算とがあり、これらの費用については、厚生労働省より告示される介護報酬に従い、通常その額の1割額をお支払いいただきます。(年間所得によっては2～3割負担の場合があります。)詳細については、別紙をご参照下さい。

(10)高額介護サービス費の制度

介護サービス費利用にあたる利用者負担には、月々の負担の上限が設定されています。1ヶ月に支払った利用者負担の合計が上限の額を超えた場合、その額との差額分が払い戻される「高額介護サービス費」の制度があります。詳細については別紙をご参照下さい。

2 介護保険給付外サービス

(1)食費

- ・ 食事時間 朝食8時から8時40分まで、昼食12時から12時40分まで、夕食18時から18時40分まで
- ・ 食事場所 できるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。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ください。
- ・ 食事ケア 個人の身体状況にあわせ、入所者のペースでゆとりのある食事を提供します。

＊ 基準負担額（自己負担額） 1日あたり1,545円
(朝食480円・昼食550円・夕食515円)

年金120万円超	【第3段階②】	1,420円/日
年金82万6,500円超120万円以下	【第3段階①】	680円/日
年金82万6,500円以下	【第2段階】	390円/日
生活保護受給者	【第1段階】	300円/日

(2)基準居住費「自己負担額」1日あたり2,066円

【第1段階】0円※ 【第2段階】880円 【第3段階①】1,370円
【第3段階②】1,470円

※ 無料低額老人保健施設事業の適用により全額免除となります。

(3) 日用生活品費・デンタルグッズ

バスタオル・フェイスタオル	}	* 参 照
シャンプー&リンス・ボディーソープ		
食事用おしぼり・歯ブラシ		
スポンジブラシ・マウスウォッシュ		

* 利用者様よりご希望があった場合は当施設の選定した外注業者と別途ご契約いただきます。なお、お支払いに関しては外注業者との契約内容となります。契約手続きや契約内容の変更及び苦情の受付等、当施設も責任を持ってご対応いたします。

(4) 教養娯楽費（材料費等の実費徴収）

教養娯楽活動で使用する、習字、七宝焼、粘土等の材料費用であり、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。

(5) 差額室料／1日（バルコニー付個室）	300円
差額室料／1日（3階出窓付個室）	700円

（消費税込みの金額となっております。）

なお、外泊時にも室料を頂くこととなります。

(6) テレビ使用料／1日	（貸200円／持100円）
	（消費税込みの金額となっております。）

テレビを見られる方は、貸出しと持ち込みどちらかの料金をお支払いいただきます。（また、テレビ以外の電化製品の持ち込みの場合も1日に付き100円いただきます。）

(7) 冷蔵庫使用料／1日	200円
	（消費税込みの金額となっております。）

各室に備えてあります冷蔵庫の使用料としてお支払いいただきます。

* テレビ・冷蔵庫両方の貸し出しご利用の場合には、300円（消費税込みの金額となっております。）お支払いいただきます。

(8) 家族寝具利用料／泊	1,000円
	（消費税込みの金額となっております。）

利用者の家族等が宿泊したときの1人あたりの料金としてお支払いいただきます。

(9) コイン式洗濯機・乾燥機	150円・100円
	（消費税込みの金額となっております。）

施設内に備えてありますコイン式の洗濯機と乾燥機の1回の使用料です。

(10) 文書料	550～5,500円
	（消費税込みの金額となっております。）

診断書等の文書の発行手数料としてお支払いいただきます。

(11) ワクチン接種料

入所者が居住する市区町村の取り扱いに料金に基づく負担金を徴収いたします。

＊その他、日常生活に必要な物品（ただし、おむつを除きます。）につきましては、ご入所者の方の全額負担となっておりますのでご承知ください。

＊医療について

当施設の医師で対応できる医療につきましては、介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、又は病状の著しい変化に対する医療につきましては、他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をいただくことになります。

3 支払い方法

- ・ 月末締め の清算とし、費用の請求は利用月の翌月 17 日頃になります。お支払いの方法は原則として、ご利用者の口座より、毎月 27 日に口座自動振替をさせていただきます。それ以外の方法は別途話し合いのうえ、双方合意した方法により行います。
- ・ 領収書につきましては、口座自動振替をさせて頂いた日付にて、領収書に領収印（領収日入）を押印して翌月に、当月発行の請求書と一緒に お渡しいたします。口座自動振替以外の方法でお支払い頂いた場合には、その場で領収書を発行いたします。また、CareLoop をご利用の場合は同サービスにて領収書をご確認いただく形となります。

8. 苦情等申立て窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情等がございましたら、当施設 1 階 家族相談室までお気軽にご相談ください。また、1 階玄関ホールにご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

苦情等申し立て窓口	電話番号	0138-77-1700
	FAX 番号	0138-77-1600
	担当	支援相談員
	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時 00 分

公的機関においても、次の機関において苦情等の申し出ができます。

北斗市民生部	所在地	北斗市中央 1 丁目 3 番 10 号
保健福祉課	電話番号	0138-73-3111（内線 155～157）
介護保険係	FAX 番号	0138-73-1401
相談窓口（窓口番号⑥）	対応時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
北海道保健福祉部	所在地	札幌市中央区北 3 条西 6 丁目
福祉局施設運営	電話番号	011-204-5075
指導課事業指導	FAX 番号	011-232-1097
グループ	対応時間	午前 8 時 45 分～午後 5 時 30 分
北海道国民健康保険	所在地	札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館
団体連合会	電話番号	011-231-5175
	FAX 番号	011-233-2178
	対応時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 15 分

9. 協力医療機関

医療機関の名称	函館新都市病院
院長名	原口 浩一
所在地	函館市石川町331番地1
電話番号	0138-46-1321
診療科	脳神経外科、脳神経内科、整形外科、循環器内科、内科 リハビリテーション科、麻酔科、放射線科、小児科、歯科 皮膚科
入院設備	155床

10. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
平常時の訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を入所者の方も参加して実施します。
防火設備 ＊消防法適合施設	スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯 防火扉、シャッター、自動通報装置、漏電火災報知器、非難 救助袋、非常用照明、カーテンは、防災性能のあるものを使用しております。
防火計画等	防火管理者 1名

1 1. 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 9時00分から20時00分まで。 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には必ず許可を得てください。
外出・外泊	・外出・外泊の際には、必ず行き先と帰所日時を職員に申し出てください。
居室・設備・器具の利用	・施設内の居室や設備、器具等は、本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	・喫煙・飲酒は原則禁止です。
迷惑行為等	・騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮願います。 また、やみくもに他の入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
現金及び貴重品等の管理	・原則として自己・家族管理とさせていただきます。管理できない方は職員にご相談ください。
宗教活動・政治活動	・施設内での他の入所者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
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します。

別 紙

介護老人保健施設利用に係る基本サービス費及び加算

令和8年6月1日報酬改定時点

当施設へご入所いただくにあたり、次の基本サービス費及び加算に基づき利用料のご負担をしていただきますのであらかじめご了承ください。また一部加算料金につきましては、該当となる場合にのみ加算となります。なおご不明な点がございましたら、支援相談員へご確認ください。

1. 基本サービス費

当施設にご入所された場合、その方の要介護状態区分によって基本サービス費をご負担していただきます。また利用契約第2条第2項により、要介護状態に変更が生じた場合には、変更後の要介護状態区分に従い基本サービス費をご負担していただきます。

(10割額表示)

要介護状態区分	ユニット型介護老人保健施設サービス費【基本型】(I-i)
要介護1	8,020円/日
要介護2	8,480円/日
要介護3	9,130円/日
要介護4	9,680円/日
要介護5	10,180円/日

2. 加算料金

各加算の条件を満たした場合にご負担していただきます。

(10割額表示)

加 算 名 称	料 金
栄養管理基準減算	-140円/日
夜勤職員配置加算	240円/日
短期集中リハビリテーション実施加算(I)	2,580円/日
短期集中リハビリテーション実施加算(II)	2,000円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(I)	2,400円/日
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(II)	1,200円/日
認知症ケア加算	760円/日
若年性認知症入所者受入加算	1,200円/日
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	510円/日

在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		510円／日
外泊時費用		3,620円／日（月6日限度）
加 算 名 称		料 金
外泊時在宅サービス利用費用		8,000円／日（月6日限度）
ターミナルケア加算	（1）死亡日以前31日以上45日以下	720円／日
ターミナルケア加算	（2）死亡日以前4日以上30日以下	1,600円／日
	（3）死亡日以前2日又は3日	9,100円／日
	（4）死亡日	19,000円／日
初期加算（Ⅰ）（入所日から30日以内の期間）		600円／日
初期加算（Ⅱ）（入所日から30日以内の期間）		300円／日
退所時栄養情報連携加算		700円／日（月1回限度）
再入所時栄養連携加算		2,000円／回（1回限り）
入所前後訪問指導加算（Ⅰ）		4,500円／回
入所前後訪問指導加算（Ⅱ）		4,800円／回
試行的退所時指導加算		4,000円／回
退所時情報提供加算（Ⅰ）		5,000円／回（1回限り）
退所時情報提供加算（Ⅱ）		2,500円／回（1回限り）
入退所前連携加算（Ⅰ）		6,000円／回（1回限り）
入退所前連携加算（Ⅱ）		4,000円／回（1回限り）
訪問看護指示加算		3,000円／回（1回限り）
協力医療機関連携加算（体制が確保されている協力医療機関）		1,000円／回（1月につき）
協力医療機関連携加算（上記以外の協力医療機関）		50円／回（月1回まで）
栄養マネジメント強化加算		110円／日
経口移行加算		280円／日
経口維持加算（Ⅰ）		4,000円／月
経口維持加算（Ⅱ）		1,000円／月
口腔衛生管理加算（Ⅰ）		900円／月
口腔衛生管理加算（Ⅱ）		1,100円／月
療養食加算（1日に3回を限度）		60円／回
かかりつけ医連携調整加算（Ⅰ）イ		1,400円／回（1回限り）
かかりつけ医連携調整加算（Ⅰ）ロ		700円／回（1回限り）
かかりつけ医連携調整加算（Ⅱ）		2,400円／回（1回限り）
かかりつけ医連携調整加算（Ⅲ）		1,000円／回（1回限り）

緊急時治療管理	5,180円／日（月3日限度）
所定疾患施設療養費（Ⅰ）	2,390円／日（月7日限度）
所定疾患施設療養費（Ⅱ）	4,800円／日（月10日限度）
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	30円／日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	40円／日
加 算 名 称	料 金
認知症専門チームケア推進加算（Ⅰ）	1,500円／月
認知症専門チームケア推進加算（Ⅱ）	1,200円／月
認知症行動・心理症状緊急対応加算（7日間限度）	2,000円／日
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅰ）	530円／月
リハビリテーションマネジメント計画書情報加算（Ⅱ）	330円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅰ）	30円／月
褥瘡マネジメント加算（Ⅱ）	130円／月
排せつ支援加算（Ⅰ）	100円／月
排せつ支援加算（Ⅱ）	150円／月
排せつ支援加算（Ⅲ）	200円／月
自立支援促進加算	3,000円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅰ）	400円／月
科学的介護推進体制加算（Ⅱ）	600円／月
安全対策体制加算	200円／回（1回限り）
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	100円／月
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	50円／月
新興感染症等施設療養費	2,400円／日
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1,000円／月
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	100円／月
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	220円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	180円／日
サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	60円／日
介護職員処遇改善加算（Ⅰイ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の9.0%
介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の9.7%
介護職員処遇改善加算（Ⅱイ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の8.6%
介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の9.3%
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の6.9%
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	基本サービス費＋加算の負担額の合計の5.9%

3. 高額介護サービス費

高額介護サービス費の基準は次のとおりです。

区 分	負担の上限
課税所得 690 万円（年収約 1,160 万円）以上	1 4 0, 1 0 0 円（世帯）
課税所得 380 万円（年収約 770 万円）～課税所得 690 万円 （年収約 1,160 万円）未満	9 3, 0 0 0 円（世帯）
市町村民税課税～課税所得 380 万円（年収約 770 万円） 未満	4 4, 4 0 0 円（世帯）※
世帯の全員が市町村民税非課税	2 4, 6 0 0 円（世帯）
前年の公的年金等収入金額＋その他の合計所得金額 の合計が 82.65 万円以下の方等	2 4, 6 0 0 円（世帯） 1 5, 0 0 0 円（個人）※
生活保護を受給している方等	1 5, 0 0 0 円（世帯）

※「世帯」とは、住民基本台帳上の世帯員で、介護サービスを利用した方全員の負担額合計の上限額であり、「個人」とは、介護サービスを利用したご本人の負担の上限額を指します。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

施設入所サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所	所在地	北斗市清水川4番地1	
	事業所名	社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設	いなほ
	説明者		印
	職 種	支援相談員	

施設入所サービス契約の締結にあたり、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印
身元引受人	住 所	
	氏 名	印
	続 柄	

介護保健施設サービス等を利用するにあたり、次の事項について、担当者による説明を受けました。「食事費」及び「居住費」並びにその他個人利用分は、施設の定める料金で支払いたします。

社会福祉法人 雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設長 塙 貞明 殿

氏 名 _____ 印 _____

1 食事費 1, 5 4 5 円 / 日 (所得段階によって異なります)

2 居住費 2, 0 6 6 円 / 日 (所得段階によって異なります)

3 ご希望により利用頂く場合は、必要な品目の選択欄に○印をご記入願います。

選択欄	品 目	単 価
	★室料（１人・バルコニー付）	３００円／日
	★室料（１人・出窓付）	７００円／日
	★テレビ（貸出し・持込み）	２００・１００円／日
	★冷蔵庫	２００円／日
	★テレビ・冷蔵庫（両方貸出し）	３００円／日

特に変更がなければ、施設を利用している間は上記の内容で継続させていただきます。

個人情報使用同意書（介護老人保健施設・入所）

私（利用者及びその家族等）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

施設サービスを円滑に提供する為に実施する担当者会議等において必要な場合
退所後のサービス利用、療養及び治療上必要な場合

2 使用する職員の範囲

利用者に対してサービス提供又は相談援助等を担当する職員

3 使用する期間

令和 年 月 日 から 1年間

但し、期間満了日の14日前までに文書による同意終了の申し出がない場合には、本同意書は同一条件で更新されたものとし、以後も同様とします。

4 条 件

(1)個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払います。

(2)個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこととします。

令和 年 月 日

社会福祉法人雄心会 介護老人保健施設 いなほ
施設長 埴 貞明 殿

(利用者) 住 所
 氏 名

印

(家族等) 住 所
 氏 名

印