

今野病院介護医療院

(重要事項説明書)

1 事業者

事業所の名称	今野病院介護医療院
法人所在地	福岡県大牟田市末広町 5 - 2
法人種別	医療法人
代表者氏名	院長 税田 直樹
電話番号	0944-52-5580
FAX番号	0944-52-5515

2 事業の目的と運営の方針

事業の目的	適切な運営を確保する為に人員及び管理運営規定に関する事項を定め、病院の医師、薬剤師、栄養士、看護職員、介護職員、理学療法士又は作業療法士及び介護支援専門員等の職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適切なサービスを提供する事を目的とする。
運営の方針	- 事業の実施に当たっては、入所者の意思及び人格を尊重して、常に入所者の立場に立ったサービスの提供を努めるものとする。 - 従業者は、要介護者の心身の状況等に応じて適切な事業を提供するとともに、自らその提供する事業の質の評価を行うことその他の措置を講ずることにより常に介護医療院サービスを受ける者の立場に立ってこれを提供するように努めるものとする。 - 事業の実施に当たっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3 事業所の概要

(1) 居室（一人あたりの面積）

最大 8.7 m² (3 人部屋 1 室)

最小 8.0 m² (4 人部屋 1 室)

(2) 主な設備

設備の種類	数	面 積
診察・処置室	1	38.5 m ²
ナースステーション	1	26.7 m ²
特殊入浴室	1	11.9 m ²

一般浴室	1	4. 2 m ²
食堂・談話室兼レクリエーションルーム	1	86. 7 m ²
調剤室	1	30. 8 m ²
機能訓練室	1	192. 0 m ²

(3) 利用定員

Ⅱ型療養病床 7名 (4人部屋1室、3人部屋1室)

4 職員体制

医師	2名
看護	6 : 1 (6名の利用者に対して看護職員1.2名以上配置)
介護	4 : 1 (4名の利用者に対して介護職員2名配置)
管理栄養士	0.1名以上
介護支援専門員	0.1名以上
薬剤師	0.1名以上
理学療法士	1名以上
作業療法士	1名以上

5 提供するサービス

(1) 介護保険給付サービス

種類	内容
食事	- 管理栄養士の作成する献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 - 医師、管理栄養士等が共同して、入所者ごとに栄養状態を把握し、個々人の摂食・嚥下機能に着目した食形態にも配慮して栄養ケア計画を作成します。また、栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて見直します。 (食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 18:00～
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。
入浴	- 年間を通じて週2回以上の入浴または清拭を行います。 - 寝たきり等で座位のとれない方は、職員の介助による入浴を行います。
離床・着替え 整容など	- 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行えるようにします。また整容が必要な方には職員が適時介助します。 - シーツ交換は、週1回実施します。
機能訓練	- 当施設の医師の指導のもと、作業療法士及び理学療法士によるリハビリ訓練を実施します。 - リハビリ訓練は利用者の心身の状況に応じ、必要な訓練を行い、身体・精神機能の低下を防止するように努めます。

医学的管理	心身の状況把握(定期的な回診)、検査、投薬、注射、処置等を適切に行なう。
看護	自立支援、日常生活の充実等の援助
相談及び援助	- 当施設は、利用者およびご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。行政、他の介護保険施設、福祉施設、病院、ボランティア団体との連携を図り、利用者およびご家族に最善の情報を提供できるよう努めます。 - 相談窓口は介護支援専門員及び相談員です。
その他	レクリエーション、家族交流等

(2) 介護保険給付外サービス（利用者の選択によるもの）

サービスの種別	内容
理容・美容	御希望される方は、御案内致します。

6 利用者の秘密保持

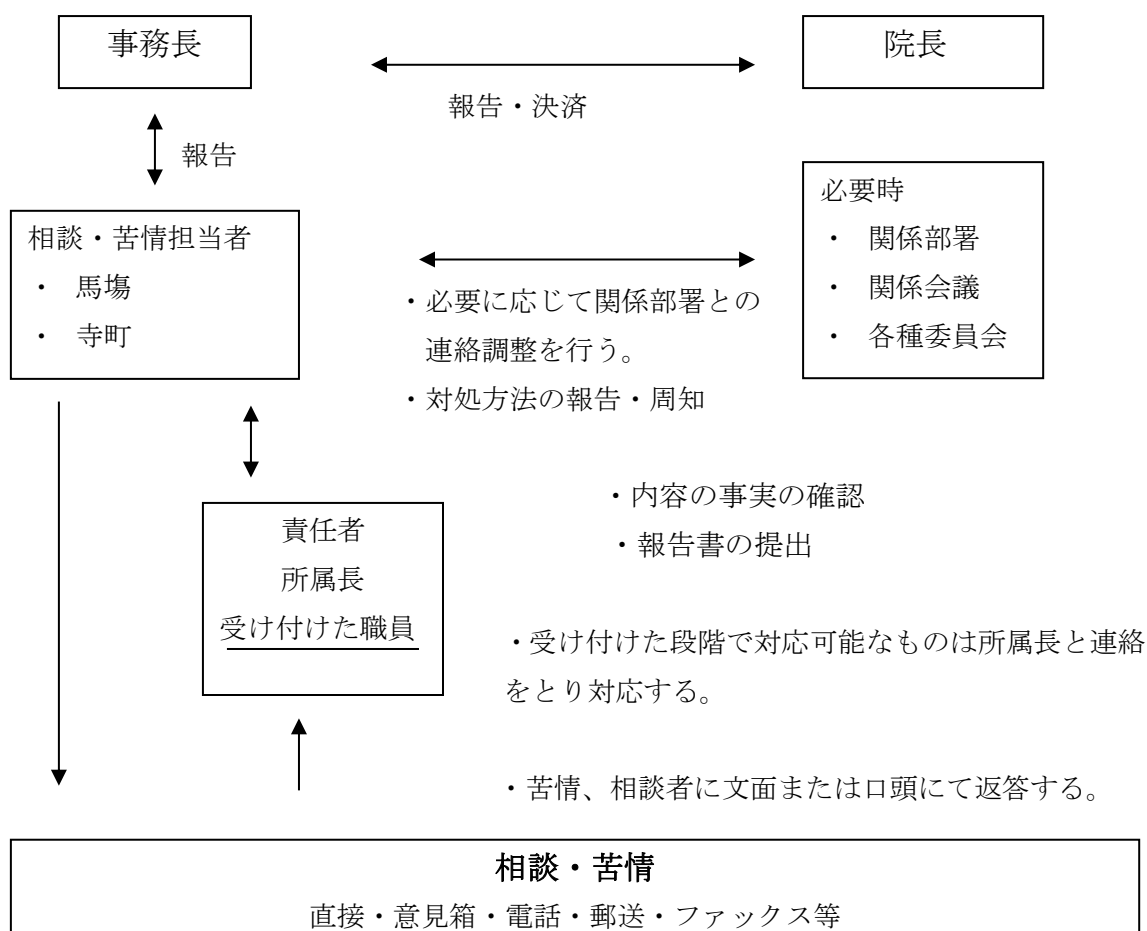
個人情報に関する 取り扱い	- 当施設の職員は、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、職員が退職後も同様に第三者に漏らさないように必要な措置を講じます。 - 居宅介護支援事業所及びその他サービス事業所等との連携を図るために、利用者及び家族の情報を提供することがあります。その場合、あらかじめ文書により利用者及び御家族から同意を得ます。この場合、本来の利用目的の範囲を超える個人情報の提供は致しません。 - また利用者もしくは利用者の家族の求めに応じ利用者の記録や情報を開示いたします。
プライバシー保護 について	- プライバシーとは場所的・空間的領域概念であり、茫漠たる多数の権利を包摂する最も価値の高い部分である。プライバシー権とは、こうした空間に無断で介入することを拒否し、みずからの情報を提供することの可否を決定する権利（自己決定権）を包摂するものである。 - 個人情報保護規定、個人情報保護方針に則って実施する。 また、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取り扱いのためのガイドライン」の趣旨に基づきプライバシーの保護に努めます。

7 苦情などの申立て先および対応の方法

当施設のご利用等に関する苦情・相談など	相談窓口：介護支援専門員 馬場 絹子 0944-52-5580
苦情の対応方法	①利用者及び御家族から苦情等の申し出があれば、その事実を聞き取り、文書にして部署の責任者及び管理者に届ける。 ②職員相互の検討会の実施 ③苦情の記録は台帳に保存し再発の防止に役立てる。 ④苦情の対応については、迅速に行います。 ⑤苦情については、守秘義務を遵守し、相談内容が関係者以外に漏れることをしません。 ⑥対応職員以外の職員が苦情を受け付けた場合でも、守秘義務を遵守させ、速やかに担当職員が対応するようにします。 ⑦市町村より、物件の提出、提示の為の質問、照会に応じ、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力し、助言に従う。
その他	当院以外にも以下のような窓口があります。 ・福岡国民健康保険団体連合会 092-642-7859 (福岡県福岡市博多区吉塚本町 13-47) fax 092-642-7856 ・熊本国民健康保険団体連合会 096-365-0329 (熊本県熊本市東区健軍 2 丁目 4-10) fax 096-214-1105 ・大牟田市介護保険課 0944-41-2683 (大牟田市有明町 2 丁目 3 番地) fax 0944-41-2662 ・荒尾市介護保険課 0968-63-1418 (熊本市荒尾市出目 390) fax 0968-69-0955 ・玉名市介護保険課 0968-75-1339 (熊本県玉名市岩崎 163) fax 0968-73-2362 ・長洲町福祉保健介護課 0968-78-3114 (玉名郡長洲町長洲 2766) fax 0968-78-3449 ・みやま市介護保険課 0944-64-1555 みやま市瀬高町小川 5 番地) fax 0944-64-1601

<相談・苦情処理の手順>

※緊急又は対応困難なケースは担当を事務長へ移行する。



8 協力歯科医療機関

医療機関の名称	大黒町デンタルクリニック
院長名	前田 克
所在地	大牟田市大黒町2丁目19番地4
電話番号	0944-59-1818

9 非常災害時の対策

- (1) 施設は、消防法等の規程に基づき非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に非難、救出その他必要な訓練を行うものとする。
- (2) 施設は、入居者の特性に応じ、食糧その他の非常災害時において必要となる物資の備蓄に努めるものとする。

10 事故発生時の対応

- (1) サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに保険者である行政及び関係各機関並びに家族又は身元保証人に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) その他、詳細に関しては安全管理委員会規程による。

11 利用料

(1) 法定給付

区分	利用料
法定代理受領の場合	介護保険負担割合証に記載された割合の額とする。
法定代理受領以外の場合	介護報酬の告示上の額 (施設介護サービスの基準額に同じ 10 割)

(2) 法定外給付

- ・ 理容、美容代等（実費）です。

料金表

介護度	法定代理受領分（利用料個人負担分） 多床室利用の場合		
負担額	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護度 1	$786 \times 30 \text{ 日}$ = 23,580	$1,572 \times 30 \text{ 日}$ = 47,160	$2,358 \times 30 \text{ 日}$ = 70,740
要介護度 2	$883 \times 30 \text{ 日}$ = 26,490	$1,766 \times 30 \text{ 日}$ = 52,980	$2,649 \times 30 \text{ 日}$ = 79,470
要介護度 3	$1,092 \times 30 \text{ 日}$ = 32,760	$2,184 \times 30 \text{ 日}$ = 65,520	$3,276 \times 30 \text{ 日}$ = 98,280
要介護度 4	$1,181 \times 30 \text{ 日}$ = 35,430	$2,362 \times 30 \text{ 日}$ = 70,860	$3,543 \times 30 \text{ 日}$ = 106,290
要介護度 5	$1,261 \times 30 \text{ 日}$ = 37,830	$2,522 \times 30 \text{ 日}$ = 75,660	$3,783 \times 30 \text{ 日}$ = 113,490

【居住費基準額】

【食事費基準額 3 食分】

第 1 段階	多床室	0 円	1 段階	300 円
第 2 段階	多床室	430 円	2 段階	390 円
第 3 段階①	多床室	430 円	3 段階①	650 円
第 3 段階②	多床室	430 円	3 段階②	1,360 円
該当無し	多床室	697 円	該当無し	1,445 円

※居住費・食事費においては 1 日計算。段階料金×日数＝月料金

《利用者負担段階の対象者》

(第1段階) 世帯全員が市町村民税非課税の老齢福祉年金受給者・生活保護受給者

(第2段階) 世帯全員が市町村民税非課税で、本人年金収入額＋その他の合計所得金額が年額80万円以下の方

(第3段階①) 世帯全員が市町村民税非課税者で、本人年金支給額＋その他の合計所得額が年額80万円超120万円以下

(第3段階②) 世帯全員が市町村民税非課税者で、本人の年金収入額＋その他合計所得額が年額120万円超

(第4段階) 市町村民税課税世帯

基本利用料の他に下記の施設サービスが行われた場合に加算料金が加わる事があります。

1. 外泊時費用 : 1泊362単位 (基本利用料の代わりに1月に6日を限度、但し外泊初日と最終日を含まない)
2. 初期加算料 : 1日30単位 (入所日から30日の期間)
3. 退所前後訪問指導加算料 : 1回460単位 (利用者及び家族の同意のもと、退所に備えて、入所中は1回まで、退所後30日以内に訪問指導した場合は1回を限度として算定できる。)
4. 退所時指導加算 : 1回400単位 (利用者及び家族の同意のもと、退所時に指導をおこなった場合1回限り算定できる。)
5. 退所時情報提供加算 : 1回500単位 (利用者及び家族の同意のもと、退所後の主治医等に対して入所時の情報を文書で行った場合1回限り算定できる。)
6. 退所前連携加算 : 1回500単位 (居宅介護支援事業所と退所前から連携し、情報提供とサービス調整を行った場合1回限り算定できる。)
7. 訪問看護指示加算 : 1回300単位 (退所時に医師が診察に基づき、訪問看護又は指定看護小規模多機能型居宅介護 (看護サービスを行う場合に限る) が必要と認め、利用者に同意を得て、訪問看護指示書を交付した場合に1回限り算定。)
8. 療養食加算 : 1日6単位×3回 (管理栄養士管理の下、適切な栄養量及び内容の食事を提供した場合。糖尿食等の提供)

9. サービス提供体制強化加算（Ⅲ）：1日6単位（介護医療院サービスを入院患者に直接提供する職員の総数で、勤続年数3年以上の職員の割合が30%以上の場合）
10. 他科受診加算：1日362単位（専門的な診療が必要になり、他医療機関において診療が行われた場合、1月に4日を限度として所定の単位数に代えて算定。）
11. 短期集中リハビリテーション実施加算（入所後3ヶ月以内。ただし理学療法・作業療法・言語聴覚療法又は摂食機能療法行った場合は算定しない）：1日240単位
12. 理学療法（Ⅰ）：1回123単位（4か月以内1日3回を限度）
（利用開始又は入所後4か月を超えた場合は月10回まで）
13. 理学療法減算：86単位（入所後4か月超えて月に11回目以上リハビリを施行した場合）
14. 作業療法：1回123単位（4か月以内1日3回を限度）
（利用開始又は入所後4か月を超えた場合は月10回まで）
15. 作業療法減算：86単位（入所後4か月超えて月に11回目以上リハビリを施行した場合）
16. 初期入院診療管理：1日250単位
17. 感染対策指導管理：1日6単位
18. 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）22.4%
19. 室料相当額控除：1日－26単位

12 お支払い方法

- (1) 毎月、15日までに前月分のご請求を致しますので、月末までにお支払い下さい。お支払い頂きますと、領収証を発行致します。お支払い方法は、原則病院窓口清算となります。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者に支払われない場合がございます。その場合は、一旦ご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これをお住いの市町村にご提出の上、差額の払い戻しをお受け下さい。

1.3 サービスの終了方法

(1) ご利用者様の都合でサービスを終了させる場合

- ・サービスの終了を希望する日の1週間前までに、文書でお申し出下さい。

(2) 当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1か月前までに、文書にて通知いたします。

(3) 自動終了

以下の場合には、双方の通知が無くても自動的に終了致します。

- ・ご利用者様が、介護保険施設等にご入所された場合
- ・介護保険給付でサービスをお受けになられていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
- ・ご利用者様がお亡くなりになられた場合

(4) その他

- ・当事業所の責任においてサービスの提供ができなかった場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様並びにご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合には、ご利用者様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了することが出来ます。
- ・ご利用者様のサービス利用料金のお支払いが請求した月末までに行われず、料金をお支払い頂くように催告した日より2週間以内にお支払いを頂けない場合、またはご利用者様のご入院若しくはご病気等によって、1か月以上に渡ってサービスがご利用頂けない状態であることが明らかになった場合、ご利用者様又はご家族様が、事業者やサービス従事者に対して、暴力行為、脅迫行為、暴言、業務妨害、誹謗中傷、名誉棄損、社会常識を逸脱する要求等、不当要求行為があった場合、ご利用者様またはご家族様が、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行われた場合には、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場合がございます。

令和_____年_____月_____日

(乙)当事業者は、甲に対する介護医療院サービスの提供にあたり、☐甲 ☐家族 に
対してサービス内容説明及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要
事項を説明しました。

(乙)医療法人 完光会 今野病院 介護医療院

説明者 (_____) 氏名 _____ 印 _____

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容
及び重要事項の説明を受けました。

(甲) 利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

(甲)利用者の家族または後見人

住所

氏名 _____ 印 _____

続柄 (_____)

令和 6 年 8 月 1 日 改訂

令和 7 年 8 月 1 日 改訂 (P6 居住費基準額、P8 加算 : 19 追加)