

重要事項説明書(介護老人保健施設サービス)
(令和6年8月1日現在)

1. 施設の概要

(1)施設の名称等

・施設名	介護老人保健施設 友愛の郷		
・開設年月日	平成元年4月1日		
・所在地	秋田市浜田字元中村 280 番地 29		
・電話番号	018-828-1100	・ファックス番号	018-828-1103
・管理者	三浦 莊治		
・介護保険指定番号	介護老人保健施設 (0550180020)		

(2)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、要介護認定を受けた者に対して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介護などの施設サービスを提供することで、利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようになり、1日でも早く自宅等での生活に戻ることができるよう支援すること、また利用者が自宅での生活を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。

この目的に沿って、当施設では以下のような運営方針を定めていますので、ご理解頂いた上でご利用下さい。

[介護老人保健施設友愛の郷の運営方針]

・本施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った施設サービスの提供に努めるとともに、市町村や居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者や他の介護保険施設、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を密にし、明るく家庭的な雰囲気を醸し出し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行うことをその方針とします。

(3)施設の職員体制

	常勤	非常勤	夜間	業 務 内 容
*医師	1			施設の責任者として業務の遂行に当たり利用者全員の病状を把握し施設療養全般の管理に努める
*看護職員	11	1	1	利用者の健康の維持増進を図り医師の指示により保健衛生についての必要な措置をとる
*介護職員	29	2	3	主として利用者の処遇、介護に当たる
*支援相談員	2			利用者の処遇の責任者として処遇上の相談及びレクリエーション等の計画指導並びに関係機関との連携
*介護支援専門員	1			施設サービス計画の作成に関する業務に当たる
*作業療法士	2			利用者の機能回復訓練の指導及びその処遇に当たる
*理学療法士	3			
*管理栄養士	1			利用者の献立表の作成、食品衛生等に関する業務を行う
*栄養士	1			
*事務職員	3			施設全般の事務にあたる
*その他	10	2	1	利用者の給食の調理、施設内外の保全業務に当たる
*薬剤師	1			利用者の健康管理並びに薬剤に関する管理指導の業務に当たる

(4)入所定員

・90名
療養室 個室 4室 2人室 3室 4人室 20室

2. サービス内容

- ① 施設サービス計画の立案
- ② 短期入所療養介護計画の立案
- ③ 通所リハビリテーション計画の立案
- ④ 食事(食事は原則として食堂で召し上がって頂きます。)
 - 朝食 7時40分～
 - 昼食 11時45分～
 - 夕食 18時00分～
- ⑤ 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。利用者は、週に最低2回ご入浴して頂きます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があったり、感染対策のため入浴が中止となる場合があります。)
- ⑥ 医学的管理・看護
- ⑦ 介護(退所時の支援も行います)
- ⑧ リハビリテーション
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑪ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑫ 口腔ケアの実施
- ⑬ 理美容サービス
- ⑭ 基本時間外施設利用サービス(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)
- ⑮ 行政手続代行
- ⑯ 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を頂くものもありますので、具体的にご相談下さい。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力を頂き、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	市立秋田総合病院	中通総合病院
住 所	秋田市川尻松丘町 4-30	秋田市南通みその町 3-15

・協力歯科医療機関

名 称	市立秋田総合病院	あいば歯科医院
住 所	秋田市川尻松丘町 4-30	秋田市茨島 2-4-6

*緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入頂いた連絡先に連絡します。

4. 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頂きます。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おります。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頂きます。
- ・面 会 午前9時30分～午後5時
(上記以外の時間、また県外在住の方については、予め電話連絡をお願いいたします。
また感染症対策のため、面会禁止となる場合がございます。)
- ・外出、外泊 病状をお尋ねのうえ許可をもらって下さい。
(感染対策のため、外出及び外泊は禁止となる場合がございます)

- ・飲酒、喫煙 飲酒、喫煙は原則として禁止しております。
- ・火気の取扱い 原則的に禁止しております。
- ・設備、備品の利用 利用者皆様が使用するものですので、丁寧に使用して下さい。
万一、故意に破損等した場合には弁償して頂きます。
- ・所持金、備品等の持込み あまり多くの衣類等を持ち込まず季節毎に入れ替えるようにご協力下さい。
- ・金銭、貴重品の管理 お金は2~3千円程度で、貴重品は持ち込まないで下さい。
- ・外泊時等の施設外での受診 施設に電話連絡をして許可を受けてから受診して下さい。
- ・宗教活動 施設内での活動は謹んで下さい。
- ・ペットの持ち込み 原則的に禁止しています。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器・屋内消火栓・非常放送設備
- ・防災訓練 年2回実施

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送って頂くために、利用者の「営利行為・宗教の勧誘・特定の政治活動」は禁止しています。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務しておりますので、お気軽にご相談下さい。

(電話番号 018-828-1100 内線 321)

要望や苦情などは担当支援相談員にお寄せいただければ速やかに対応いたしますが、施設内に備えつけられた「ご意見箱」をご利用頂き、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

当施設外の苦情相談窓口

- | | |
|----------------|---------------------|
| 秋田市介護保険課 | (電話番号 018-866-2069) |
| 秋田県介護保険審査会 | (電話番号 018-860-1366) |
| 秋田県国民健康保険団体連合会 | (電話番号 018-882-1550) |

8. その他

当施設についての詳細は、パンフレットも用意してございます。

又、ご利用の相談や施設見学につきましては、ご希望に応じて随時行っておりますので支援相談員までご連絡下さい。

介護老人保健施設サービスについて
(令和6年6月1日現在)

1. 介護保険被保険者証の確認

ご利用のお申込みに当たり、利用希望者の介護保険被保険者証を確認させていただきます。

2. 介護老人保健施設サービス

当施設は、介護老人保健施設における療養機能やリハビリテーション機能を以ってご利用者の身体機能や精神機能の向上に働きかけ、自宅等の生活の場につなげることを目的とし施設サービス計画を作成します。

この計画に基づくサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員との協議によって施設サービス計画書を作成いたしますが、計画の内容につきましては、利用者や利用者家族、身元引受人や後見人等の希望を十分に取り入れ、この内容の説明を行い同意を頂くものとします。

◇医療

介護老人保健施設は入院の必要のない程度の要介護者を対象としています。

医師・看護師が常勤し、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を行います。

◇リハビリテーション

心身機能に応じた個別計画を立案し、進捗状況に応じた随時の見直しを行い心身機能の維持・向上を図ります。

◇栄養管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

◇生活サービス

当施設入所中も明るく穏やかな雰囲気のもとで生活して頂けるよう、常に利用者の立場に立って運営します。

3. 利用料金

(1) 基本料金

施設利用料

(介護保険制度では、要介護認定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。)

	個室	多床室
・要介護1	717円	793円
・要介護2	763円	843円
・要介護3	828円	908円
・要介護4	883円	961円
・要介護5	932円	1,012円
・夜勤体制加算		24円
・サービス提供体制強化加算		22円
・在宅復帰・在宅療養支援機能加算		51円
・短期集中リハビリテーション実施加算（入所日～3カ月以内）		258円
・介護職員等処遇改善加算		所定単位数×7.5%円

*上記と併せて、以下の項目が加算されます。

・科学的介護推進体制加算	40円/月
・リハビリテーションマネジメント計画提出料加算	33円/月
・初期加算(入所後30日間のみ)	30円/日
・排泄支援加算	(I) 10円/月 又は (II) 15円/月 又は (III) 20円/月

*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1日当たり362円となります。

*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 試行的退所時指導の場合 | 400円 |
| ② 退所時情報提供の場合 | 500円又は250円 |
| ③ 退所前連携の場合 | 600円又は400円 |

*なお、緊急時に所定の対応を行った場合、別途料金が加算されます。

(2) その他の料金

- ① 食費 朝食 400円 昼食 550円 夕食 600円
(ただし、食費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食費の負担限度額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。)

- ② 居住費 (療養室の利用費) 1日当たり
・個室 1,550円 (特別室料含む)
・多床室 430円
(ただし、居住費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居住費の負担限度額が1日にお支払いいただく居住費の上限となります。)

*上記①「食費」及び②「居住費」において、国が定める負担限度額段階(第1段階から3段階まで)の利用者の自己負担額については、下記の表をご確認ください。

単位：円／日

基準費用額	負担限度額対象者			
	利用者負担 第1段階	利用者負担 第2段階	利用者負担 第3段階-①	利用者負担 第3段階-②
従来型個室	1,700円	550円	550円	1,370円
多床室	430円	0円	430円	430円
食費	1,550円	300円	390円	650円
				1,360円

③ 理容料 実費(1,000円～2,500円程度)

④ 洗濯代 入所時に業者洗濯か自宅持ち帰りかを選択していただきます。
業者洗濯 一般品 85円／枚 ドライ品 140円／枚
持ち帰り カゴ、ビニール袋を用意してもらい毎週の入浴日後に回収をお願いしております。

⑤ その他 テレビ等の電化製品1品目 53円／日 テイツシュペーパー 80円／個

(3) 支払い方法

- 毎月8日頃までに前月分の請求額が確定し、その後、お客様に請求書をお送りいたします。内容をご確認頂き、その月の18日までにお支払い下さるようにご理解とご協力を宜しくお願いいたします。
- 領収書につきましては、お支払い後に発行いたします。
- お支払い方法は、事務所窓口での現金払いの他、銀行振込の2方法がございます。

(利用料振込口座)

振込先： 北都銀行新屋支店 普通 1132632
口座名： 社会福祉法人新成会 理事長 金勉

*銀行振込でのお支払いについては、振込手数料が発生いたします。

恐れ入りますが、振込手数料はお客様にてご負担ください。

個人情報の利用目的
(令和6年8月1日現在)

介護老人保健施設友愛の郷では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

[利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的]

{介護老人保健施設内部での利用目的}

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービス
- ・介護保険事務
- ・介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - *入退所等の管理
 - *会計、経理
 - *事故等の報告
 - *当該利用者の介護・医療サービスの向上

{他の事業者等への情報提供を伴う利用目的}

- ・当施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - *利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - *利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - *検体検査業務の委託その他の業務委託
 - *家族等への心身の状況説明
- ・介護保険事務のうち
 - *保険事務の委託
 - *審査支払機関へのレセプトの提出
 - *審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

[上記以外の利用目的]

{当施設の内部での利用に係る利用目的}

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - *医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - *当施設において行われる学生の実習への協力
 - *当施設において行われる事例研究

{他の事業者等への情報提供に係る利用目的}

- ・当施設の管理運営業務のうち
 - *外部監査機関への情報提供

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設友愛の郷を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年　　月　　日

<利用者>

住　　所
氏　　名

印

<利用者の身元引受人>

住　　所
氏　　名

印

介護老人保健施設 友愛の郷

管理者 三浦 莊治 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	

介護老人保健施設入所利用同意書

介護老人保健施設友愛の郷を入所利用するにあたり、介護老人保健施設入所利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年　　月　　日

<利用者>

住　　所
氏　　名

印

<利用者の身元引受人>

住　　所
氏　　名

印

介護老人保健施設 友愛の郷

管理者 三浦 莊治 殿

【本約款第6条の請求書・明細書及び領収書の送付先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	

【本約款第10条3項緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】

・氏　　名	(続柄　　)
・住　　所	
・電話番号	