【介護老人保健施設重要事項説明書】

1．運営の方針

サービスの提供に当っては、利用者である要介護者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

施設職員は要介護者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、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援助を行い、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、利用者の立場に立った、総合的なサービスの提供に努めます。

2．介護老人保健施設　秋桜の里の概要

（1）　提供できるサービスの種類

介護老人保健施設サービス及び付随するサービス

（2）　施設の名称及び所在地等

名　　称	介護老人保健施設　秋桜の里
所　在　地	埼玉県ふじみ野市福岡１４２－1
介護保険指定番号	埼玉県指定　第　1153080047　号

（3）　施設の設備の概要

定　　員	１００名（短期入所療養介護を含む）
療　養　室	多床室・従来型個室A・従来型個室B
設　　備	事務室・診察室・機能訓練室（1F）・食堂（各階） 相談室・会議室・ボランティアルーム・静養室・談話室 家族介護者教室（1F）・喫茶談話スペース（各階）・浴室（1F）

（4）　職員体制

医師１名・薬剤師１名・支援相談員１名・看護職員１０名・介護職員２４名

理学療法士または作業療法士１名・栄養士１名・事務職員１名・介護支援専門員１名

職員の員数は、業務の都合により増員することができる。

（員数については、介護保険法上の人員配置基準による。

入所者：看護・介護職員は、３：１の基準による配置。

夜勤　４人　宿直　１人）

3．サービス内容

（1）　施設サービス計画の作成・・・個に応じたサービス計画を作成し、３ヶ月毎に見直しをします。

（2）　食事・・・栄養士によるバランスのとれた献立で、美味しい食事を提供します。毎月の行事には特別メニューもご用意いたします。

（3）　入浴・・・個別浴場や車椅子のままで入れる浴槽を設置しています。

（4）　介護・・・心身の状況等に応じ、入浴・食事・排泄等の介助及び援助を行います。

（5）　機能訓練・・・理学療法士又は作業療法士が、個々の症状に合わせたリハビリを行い身体機能の維持・向上を目指します。

（6）　季節行事・・・誕生日会・敬老会・納涼祭・運動会・クリスマス会等、楽しい催しを計画しています。

（7）　生活相談・・・入所者及び家族等からの相談に応じ、必要な助言、その他の援助を行います。

（8） 健康管理・・・日々の健康状態のチェックを行い、快適に生活できるよう援助します。
（9） 安全管理・・・防災・避難訓練の実施及び当施設の設備を含め、安全面に常時配慮しています
(10) 理美容サービス・・・訪問理容の方に定期的にきていただいています。
(11) レクリエーション・・・さまざまな機能訓練等も取り入れ、ゲームや散歩、カラオケ等、施設での生活を楽しんでいただけるよう援助します。
(12) 金銭管理・・・現金を直接お預かり（通帳作成）し、入所者及び家族等からの相談に応じ、買い物の代行等を行います。

4．施設利用料金

（1）介護保険による自己負担分　※添付資料－1

厚生労働大臣が定める基準によるものとします。(地域加算4.5%含む)

1．住居費	日額	従来型個室　1,730円	多床室　680円
2．特別な室料	日額	従来型個室B　510円	
3．食費	日額	1,650円	
4．日用品費	日額	130円（シャンプー・石鹸等）	
5．教養娯楽費	日額	100円（レクリエーション材料費等）	
6．金銭管理費	日額	150円	
7．行事費	実費（外食・買い物ツアー等）		
8．洗濯代	日額	150円	
9．理美容代	実費	1,700円程度	
10. 持ち込み家電製品の電気代	日額	1製品につき50円	
		※但し、テレビについては、持ち込み料　100円／日	
11. 複写物の交付	1枚40円		
12. その他	健康診断料等（実費）		

5．支払い方法

毎月、10日以降に前月分の請求をさせていただき、以下の3通りのいずれかの方法により、28日に徴収します。

イ　窓口での現金支払い
ロ　指定する口座からの引き落とし
ハ　指定口座への振り込み

支払い確認後、領収証を発行いたします。

6．入退所の手続き

（1） 入所手続き

まずは、電話等でお申込ください。職員が対応させていただきます。契約締結後、定められ日からサービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2） 退所手続き

① 支援相談員とご相談ください。
② 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

ア．利用者が、他の介護保険施設に入所した場合及び病院又は診療所に入院した場合。
イ．介護保険給付サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合（この場合、所定の期間の経過を持って、退所していただくことになります。）
ウ．利用者が死亡した場合。

③ その他

ア．利用者が、サービス利用料金の支払いを、1ケ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したに

もかかわらず、１４日以内に支払わない場合、又は利用者やその家族等が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、退所していただく場合があります。この場合、契約終了３０日前までに文書で通知いたします。

イ．やむを得ない事情により、当施設を閉鎖又は縮小する場合、契約を終了し退所していただく場合があります。この場合、契約終了１ケ月までに文書で通知いたします。

７．施設利用にあたっての留意事項

（１） 面会時間は原則として９時から２０時です。
（２） 外出や外泊には届出・許可が必要です。
（３） 飲酒はできません。
（４） 喫煙は原則としてできません。
（５） 設備・器具の利用には許可が必要です。
（６） 金銭・貴重品の居室への持ち込みは原則としてできません。
（７） 所持品の持ち込みは日用品に限りますが、許可が必要です。
（８） 宗教活動はできません。
（９） ペットの持ち込みはできません。

８．緊急時の対応方法

利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、家族の方に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先

第一緊急連絡先	氏　名		（続　柄）
	住　所		
	電話番号		

第二緊急連絡先	氏　名		（続　柄）
	住　所		
	電話番号		

協力病院・協力歯科医院

協力病院	名　称	南古谷病院
	住　所	川越市久下戸 110
	電話番号	049-235-7777

協力病院	名　称	埼玉精神神経センター
	住　所	さいたま市中央区本町東６−11−1
	電話番号	048-857-6811

協力病院	名　称	帯津三敬病院
	住　所	川越市大字大中居 545 番地
	電話番号	049-235-1981

協力歯科医院	名　称	月越歯科病院
	住　所	川越市月吉 19−21
	電話番号	049-224-1182

9．非常災害対策

（1）防災時の対応　　当施設の防災計画に基づき、１１９番通報・初期消火・避難誘導等を行います。
（2）防災設備　　自動火災報知器・発信機・スプリンクラー・消火器・消火栓等があります。
（3）防火訓練　　夜間想定を含み年間２回以上実施します。
（4）防災責任者　　防火管理者です。

10. サービス内容に関する相談・苦情等受付

（1）　当施設の相談・苦情等受付

担当：支援相談員　　電話　０４９－２６８－６５３１

（2）　苦情解決相談窓口（第３者委員会）

石川　亮　（評議員）　電話　０４９－２６１－０６０３
神戸　章　　電話　０４９３－６３－１１７２
土居　敦志　　電話　０４９３－２５－０８７８

（3）　その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口でも受付けています。
市町村名：ふじみ野市（高齢福祉課）
電話　０４９－２６１－２６１１
埼玉県国民健康保険団体連合会（介護保険課）
電話　０４８－８２４－２５６８

11. 当法人の概要

名称・法人種別　　社会福祉法人　秋桜園
代表者役職・氏名　　理事長　丸木　努
本部所在地　　埼玉県ふじみ野市駒林１１４５番地１
併設事業　　介護老人保健施設　秋桜の里
短期入所療養介護事業所　秋桜の里
介護予防短期入所療養介護事業所　秋桜の里
通所リハビリテーション事業所　秋桜の里
介護予防通所リハビリテーション事業所　秋桜の里
特別養護老人ホーム　秋桜の里「かみふくおか」
短期入所生活介護事業所　秋桜の里
介護予防短期入所生活介護事業所　秋桜の里
居宅介護支援事業所　秋桜の里
ケアハウス　秋桜の里
特定施設入所者生活介護事業所　秋桜の里

介護老人保健施設入所にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地　　ふじみ野市福岡１４２－１

名　称　　社会福祉法人　秋桜園
介護老人保健施設　秋桜の里

代表者　　理事長　　丸木　　努　　印

説明者　　所属　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から介護老人保健施設についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代理人

住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

利用者は、署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わりその署名を代行します。

署名代行者　　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

利用者との関係　　（　＿＿＿＿＿＿＿＿　）

別紙の料金表（添付資料-1）改定　令和6年8月1日

介護老人保健施設　料金表（現行の介護保険報酬単位に準ずる）

［多床室］

利用者負担割合		１割負担	２割負担	３割負担
介護サービス費	要介護１	８１２円	１，６２４円	２，４３６円
	要介護２	８６４円	１，７２７円	２，５９０円
	要介護３	９２９円	１，８５８円	２，７８７円
	要介護４	９８４円	１，９６７円	２，９５０円
	要介護５	１，０３６円	２，０７１円	３，１０７円

※利用者負担割合については基準額に対し、介護負担割合証に記載されている割合に応じた額となります。

利用者負担段階	第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②	第４段階
食費負担額	３００円	３９０円	６５０円	１，３６０円	１，６５０円
居住費負担額	０円	４３０円	４３０円	４３０円	６８０円

［従来型個室Ａ］［従来型個室Ｂ］

利用者負担割合		１割負担	２割負担	３割負担
介護サービス費	要介護１	７３５円	１，４７０円	２，２０４円
	要介護２	７８２円	１，５６４円	２，３４５円
	要介護３	８４９円	１，６９７円	２，５４６円
	要介護４	９０４円	１，８０８円	２，７１２円
	要介護５	９５４円	１，９０８円	２，８６２円

※利用者負担割合については基準額に対し、介護負担割合証に記載されている割合に応じた額となります。

利用者負担段階	第１段階	第２段階	第３段階①	第３段階②	第４段階
食費負担額	３００円	３９０円	６５０円	１，３６０円	１，６５０円
居住費負担額	５５０円	５５０円	１，３７０円	１，３７０円	１，７３０円

2. 加算料金

(1)	外泊加算（6日/月を限度）	379 円 （1日単価　該当利用者の方が対象）
(2)	初期加算（Ⅱ）（入所初日から30日間）	32 円 （1日単価　該当利用者の方が対象）
(3)	認知症ケア加算	80 円 （1日単価　該当利用者の方が対象）
(4)	サービス提供体制強化加算（Ⅲ）	7 円 （1日単価　該当利用者の方が対象）
(5)	**介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）**	**基本報酬＋加算減算（4を除く）×7.1%**

上記に記載した項目のうち、(4)(5)は全ての利用者から頂く加算になります。
上記に記載した加算料金は1割負担の単価になりますので、2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍になります。

3.　その他の料金

＊日用品費130円/日、教養娯楽費100円/日、洗濯代150円/日、金銭管理費150円/日、理美容代1,700円/回

＊従来型個室Ｂは、差額ベッド代500円/日が加わります。（従来型個室Ｂのみテレビ持ち込み可能、持込み料100円/日）

＊家電製品をお持込される場合、1点につき50円/日を電気代として申し受けます。