

介護医療院
重要事項説明書・同意書

医療法人 共生会

松園病院介護医療院

岩手県指定事業所番号 第 03B0100050 号

令和7年4月1日改定

「重要事項説明書」

○施設の名称及び所在地

名称 松園病院介護医療院

所在地 岩手県盛岡市北松園四丁目 36 番 75 号

○ 事業の目的

長期にわたる療養を必要とする要介護者に対して、適正な医療介護サービスを提供することを目的とします。

○ 運営方針

- 1) 利用者様の心身の状況を踏まえて、施設サービス計画に基づいて療養上の管理、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他の必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い利用者に寄り添った医療介護サービスに努めます。
- 2) 地域や入所者様の家庭との結びつきを重視し、関係市町村をはじめ、居宅介護支援事業者、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ます。

○ サービスの内容

- 1) 医師による診察

- 2) 看護及び医学的管理の下における介護

着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位変換、シーツ交換等日常生活のお世話

食事の提供 朝 食 8 : 0 0 ~ 9 : 0 0

昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0

夕 食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0

出来るだけ食堂でお摂りいただけるよう配慮します。

入 浴 原則、週 2 回となります。

ただし、病状に応じ清拭となる場合があります。

- 4) 機能訓練 訓練室及びベッドサイドにて機能訓練を行います。

- 3) 施設サービス計画書の作成

- 5) 要介護認定の申請に関する援助

- 5) レクレーション行事の実施

- 6) 理容サービス 月に 1 回理容サービスを実施しております。

(料金は別途請求させていただきます。)

- 7) 生活相談

療養棟の看護師が介護以外の日常生活に関することも含めご相談に応じます。

- 8) 福祉相談室

1 階事務室に相談員がおりますのでお困りのことなどございましたらご相談下さい。

○ 職員の職種・員数及び職務の内容

医師、薬剤師、栄養士	法令上必要とされる数以上
看護職員	20 名以上（常勤・専従）入所者に対する看護業務を行う。
介護職員	30 名以上（常勤・専従） 入所者に対する日常生活全般にわたる介護業務を行う。
理学療法士	2 名以上（常勤・兼務）入所者の理学療法を行う。
介護支援専門員	2 名以上（常勤・病棟看護師と兼務） 入所者の施設サービス計画を作成する。
その他職員	必要とする人員

○ 入所定員

施設の入所定員は 120 人とする。

○ 利用料その他の費用の額

料金は次のとおりですが、法令の改正等により変更する場合があります。

①基本料金 1. 施設利用サービス費(1 日あたり)

介護度	個室の場合			多床室の場合		
	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要介護 1	675 円	1,350 円	2,025 円	786 円	1,572 円	2,358 円
要介護 2	771 円	1,542 円	2,313 円	883 円	1,766 円	2,649 円
要介護 3	981 円	1,962 円	2,943 円	1,092 円	2,184 円	3,276 円
要介護 4	1,069 円	2,138 円	3,207 円	1,181 円	2,362 円	3,543 円
要介護 5	1,149 円	2,298 円	3,447 円	1,261 円	2,522 円	3,783 円
他医療機関受診日	362 円	724 円	1,086 円	362 円	724 円	1,086 円

名 称	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
初期加算	1 日	30 円	60 円	90 円
夜勤勤務等看護加算	1 日	7 円	14 円	21 円
退所時情報提供加算	1 回	500 円	1,000 円	1,500 円
退所前連携加算	1 回	500 円	1,000 円	1,500 円
療養食加算	1 回	6 円	12 円	18 円
栄養マネジメント加算	1 日	11 円	22 円	33 円
安全対策体制加算	1 日	20 円	40 円	60 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 日	18 円	36 円	54 円
協力医療機関連携加算	1 月	100 円	200 円	300 円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	総合計単位数に 3.6%加算			

2. 特定診療費

名 称	単位	金額
感染対策指導管理料	1 日	6 円
褥瘡対策指導管理料（Ⅰ）	1 日	6 円
褥瘡対策指導管理料（Ⅱ）	1 回	10 円
理学療法（Ⅰ）、作業療法	1 回	123 円
入院日から 4 か月超えた場合 1 ヶ月に 11 回目以降	1 回	86 円
短期集中リハビリテーション	1 回	240 円
リハビリ体制強化加算	1 回	35 円
理学療法注 6	1 回	33 円
初期入院診療管理料	1 回	250 円
科学的介護推進体制加算Ⅱ	1 月	60 円

※上記以外の加算や特定診療費をいただくことになった場合には、別途ご説明させていただきます。

3.食費・居住費(1日あたり)

所得段階	多床室		従来型個室	
	居住費	食費	居住費	食費
第一段階の方	0	300 円	550 円	300 円
第二段階の方	430 円	390 円	550 円	390 円
第三段階①の方	430 円	650 円	1,370 円	650 円
第三段階②の方	430 円	1,360 円	1,370 円	1,360 円
第四段階の方	750 円	2,000 円	2,050 円	2,000 円

※外泊時及び他の病院への入院などで居室が利用者の方のために確保されている場合には、6 日間に限り居住費を算定させていただきます。

差額室料(1日あたり)

	日額	月額	備 考
201 号室・301 号室	700 円	21,000 円	トイレ付・テレビ、収納あり
205 号室・305 号室	500 円	15,000 円	トイレ付・テレビあり

※電気持ち込み料込みの料金となっております。

※外泊時及び他の病院への入所などで居室が利用者の方のために確保されている場合には、6 日間に限り差額室料を算定させていただきます。

②介護給付対象外サービス：下記を利用された場合には、別途料金がかかります。

下記の料金には消費税が含まれております。

理容代	顔そり	1 回	2,000 円
	ヘアカット		2,500 円
	顔そり・ヘアカット		3,000 円
病衣貸出し料	1 日	80 円	
テレビ貸出料	1 日	150 円	
電気持ち込み料	1 日	70 円	
日常生活品費	1 日	220 円	
私物洗濯代	1 袋	1,000 円	
介護用つなぎ服	1 日	150 円	

電気製品持込料 : テレビ、ラジカセ・電気毛布等の持込

※テレビは 19 インチ以下のみ持ち込み可能です。

日常生活品費 : バスタオル・フェイスタオル・ティッシュ・ハンドソープ
歯磨き粉・歯ブラシ・義歯洗浄剤・義歯ブラシ・口腔スポンジ
口腔ジェル・カラーコップ

私物洗濯代 : 私物洗濯料金

○相談、要望、苦情等の窓口

当施設のサービスに関するご相談・ご要望・苦情等がございましたら、下記までお申しつけ下さい。

- | | | | |
|---|-----------------------|-------|--------------|
| ① | 師長 | 伊藤江利子 | 019-662-6111 |
| ② | 師長 | 今野順子 | 019-662-6111 |
| ③ | 相談員 | 橋本恵美 | 019-662-6111 |
| ④ | 盛岡市介護保険課事業所指定係 | | 019-626-7562 |
| ⑤ | 岩手県国民健康保険団体連合会介護保険課分室 | | 019-604-6700 |

○秘密の保持

職務上知り得た患者様・ご家族の秘密を保持すること、また、従業員でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約に定めています。

○ 災害対策

災害対策について必要な設備を設け、防災・避難に関する計画を作成しています。職員及び入所者様による定期的な避難、救出、その他の必要な訓練を行います。

○ 職員研修

職員の資質の向上を図る為に研修会を設けています。

- | | |
|-------|------------|
| 採用時研修 | 採用後 6 ヶ月以内 |
| 継続研修 | 年 1 回 |

○ 施設利用にあたっての留意事項

施設の秩序、風紀を乱し、他の患者に迷惑を及ぼすような行為、故意に施設若しくは物品に損害を与え、また、これを持ち出す行為等のないようにご留意下さい。

○個人情報の取り扱いについて

知人等から問い合わせがあった場合は、入所している旨のお知らせを致します。
また、お見舞いにいらした方には、お部屋番号をお教えしています。
以上について、ご都合の悪い利用者様は、あらかじめ契約時にお申し付けください。

○決算に関する書類の閲覧について

決算に関する書類は、管轄の盛岡市保健所で閲覧できます。

○その他

契約に定める事項のほか、施設の運用に関する重要事項は、医療法人共生会と施設の管理者との協議に基づいて定めます。

同意書

松園病院介護医療院入所にあたり、利用者に対して重要事項を説明致しました。

事業者

住 所 岩手県盛岡市北松園四丁目３６番７５号

事業所名 松園病院介護医療院

事業所番号 岩手県第０３Ｂ０１０００５０号

管理者名 院 長 河 嶋 寛

説明者

令和 年 月 日

私は、事業者から介護医療院について重要事項の説明を受け、当施設サービスを利用することを承諾しました。

利 用 者

氏 名 印

代 理 人

氏 名 印

続柄