

介護老人保健施設 虹ヶ丘
短期入所療養介護事業
介護予防短期入所療養介護事業
重要事項等説明書

1、事業主体概要

(1) 法人の名称等

- ・法人名：医療法人社団 英仁会
- ・所在地：札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号
- ・設立年月日：昭和39年7月1日（法人開設 昭和63年4月1日）
- ・電話番号：011-783-3311
- ・FAX番号：011-783-0588
- ・代表者氏名：理事長 小笠原 顕夫

2、事業所の概要

(1) 施設の概要等

- ・事業所の名称：介護老人保健施設 虹ヶ丘
- ・事業所の所在地：夕張市日吉14番地6
- ・開設年月日：平成12年2月15日
- ・電話番号：0123-53-3131
- ・FAX番号：0123-56-6667
- ・管理者氏名：施設長 後藤 良一
- ・介護保険事業者番号：0155980014

(2) 施設の目的

- ・当施設が提供する短期入所（介護予防短期入所）療養介護サービスは、利用者に対する療養生活の質の向上及び家族等の身体的・精神的介護負担軽減を図ることを目的としています。

(3) 施設の運営方針

- ・短期入所（介護予防短期入所）療養介護計画等に基づいて医学的管理の下における看護・介護及び機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持向上を図ると共に、利用者家族等の身体的・精神的負担の軽減を図るように努めることを方針としています。
- ・介護を必要とする利用者に対して良質なケアと生活サービス、残存機能維持回復のリハビリテーションサービス、栄養管理サービス等を提供します。
- ・利用者の自主性を尊重し、生き生きとした生活の実現を目指します。

(4) 施設の概要・入所定員

- ・施設建築の種別：鉄筋コンクリート造 3階建 (4,008.25平方 m^2)
- ・短期入所療養介護：空床型
 - その他 = 施設入所 60名（内、認知症専門棟 20名）
 - = 通所（介護予防通所）リハビリテーション 25名

(5) 居室の概要

- ・1人部屋 = 12室 2人部屋 = 4室 4人部屋 = 10室

(6) 協力医療・歯科機関

- ・当施設では、下記の医療機関・歯科機関に協力を頂いていますので、利用者の状態が急変した場合には、速やかに対応をお願いすることになっています。

協力医療機関名・住所： 栗山赤十字病院 161床（栗山町朝日3丁目2番地）

診療科目：内科、消化器科、循環器科、外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科
皮膚科、泌尿器科、精神科、神経科、放射線科、透析外来

協力歯科機関名・住所： 木村歯科診療所 （夕張市本町3丁目63）

(7) 非常災害時等の概要

- ・非常災害等が発生した場合、当施設職員は利用者等の避難誘導等適切な措置を講ずる。また、日頃より非常災害等に備え定期的に地域の関係機関等と連携を図り、避難訓練等を行う。
- ・防災設備 = スプリンクラー、消火器、消火栓、非常通報装置、防火扉

(8) 損害賠償責任保険加入先

- ・日本興亜損害保険株式会社

(9) 関連病院

- ・医療法人社団 英仁会 札苗病院（札幌市東区東苗穂7条2丁目8番20号）

診療科目＝内科・循環器科・消化器科・リハビリテーション科

病床数＝一般病棟24床、医療療養型病床30床

(10) 他の介護保険関連事業

- ・医療法人社団 英仁会 札苗病院介護医療院（54床）
- ・医療法人社団 英仁会 札苗病院 通所リハビリテーション
- ・指定居宅介護支援事業所 ケアプランサービス さつなえ
- ・社会福祉法人 幸照会 デイサービスセンター レインボーヒルズ

(11) 他の介護保険以外の事業

- ・医療法人社団 英仁会 札苗病院
- ・社会福祉法人 幸照会 ケアハウス レインボーヒルズ（50床）

3、職員の体制（主たる職員）

- 当施設では、次の通り職員を配置します。

職員の職種	配置人数	保有資格 他
医師（施設長）	1名以上	医師
支援相談員	1名以上	社会福祉士，介護支援専門員 等
看護職員	6名以上	正看護師 又は 准看護師
介護職員	14名以上	介護福祉士，ホームヘルパー 等
理学 又は 作業療法士	2名以上	理学療法士 又は 作業療法士
管理栄養士 又は 栄養士	1名以上	管理栄養士 又は 栄養士
介護支援専門員	1名以上	介護支援専門員
その他職員（事務職員 他）	1名以上	防火管理者 等

4、夜間の勤務体制

- ・看護職員又は介護職員 3 名

5、施設サービス内容

(1) 短期入所（介護予防短期入所）療養介護計画の作成

- ・介護支援専門員が中心となり、理学療法士・管理栄養士及び関係職種との協力により、利用者の『短期入所（介護予防短期入所）療養介護計画』を利用者及び家族等の希望を十分に取入れ作成します。

(2) ケアサービス

- ・『短期入所（介護予防短期入所）療養介護計画』等に基づいて提供します。

(3) 医 療（医学的管理・看護）

- ・医師・看護職員が常駐していますので、利用者の状態に照らして適切な医療・看護を提供します。

(4) 介 護（生活サービス）

- ・明るく家庭的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ています。
- ・短期入所（介護予防短期入所）療養介護計画等に基づいて実施すると共に、退所時の支援も行います。

(5) 機能訓練（リハビリテーション）

- ・原則として機能訓練室にて行いますが、施設内すべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。

(6) 栄養管理（食事）

- ・心身状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。
- ・食事は原則として、食堂にて提供致します。

朝 食 8：00 昼 食 12：00 夕 食 17：30

(7) 入 浴

- ・週2回ご利用頂きます。但し、利用者の身体状況等に応じて清拭となる場合があります（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にて対応します）。

(8) 相談・援助サービス

- ・各種行政手続き代行サービス等、専門の職員（支援相談員）を配置しています。

(9) その他

6、施設利用にあたっての留意事項

(1) 食 事

- ・施設利用中の食事は、特段の事情が無い限り施設にて提供する食事をお召し上がり頂きます。食費は保険給付対象外の利用料と位置付けられていますが、同時に当施設は利用者の心身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いるため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みについてはご遠慮いただきます。食事について特別な事情がある場合は、当事業所までお尋ね下さい。尚、通常の飲食物の差し入れについては、この限りではありません（次項に記載する留意事項に配慮頂きますようお願いいたします）。

(2) 面 会

- ・ 9 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 となります。
- ・ サービスステーションに設置している面会簿への記入をお願いします。
- ・ 療養室での飲食・大声での談話等、他の方の迷惑にならないよう願います。
- ・ 飲食物の差し入れがある場合は、食中毒・誤飲又は窒息等の危険防止のため、必ずサービスステーションへ届け出て下さい。尚、利用者の身体状況等により一部サービスステーションにてお預かりする場合もございますので御了承下さい。
- ・ 療養食等を提供している方もおりますので、同室者等への差し入れは御遠慮願います。

(3) 喫 煙

- ・ 施設内並びに施設敷地内は全面禁煙となります。
- ・ タバコ・マッチ・ライター等は、サービスステーションにてお預かりします。

(4) 金銭・貴重品

- ・ 貴金属・多額の現金・カード類等は、極力持参されないようにお願いします。
(破損・紛失・盗難等の責任は一切負いかねます)

7、保険証等の確認事項

- (1) 介護保険被保険者証
- (2) 健康手帳
- (3) 健康保険被保険者証
- (4) 老人保健法 医療受給者証
- (5) 特定疾患認定書
- (6) 重度心身障害者 医療受給者証
- (7) 介護保険特定負担限度額認定証
- (8) その他

8、禁止事項

- 適正なサービス提供のため、次の行為は禁止行為としますので、ご注意願います。
 - ・ 営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動に関する行為
 - ・ 事業所職員への暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷等の行為
 - ・ パワーハラスメント、セクシャルハラスメント他のハラスメント行為
 - ・ 事業所職員及び他利用者の画像、動画、音声等を無断でSNS等へ掲載する行為

9、利用料金等

(1) 利用料金等

- ・ 当施設にて短期入所（介護予防短期入所）療養介護サービスをご利用される方のご負担は、介護保険の給付にかかる自己負担分（介護保険制度に定められる負担割合）と保険給付対象外の費用（食費・居住費・日常生活で通常必要となる物に係る費用・個室等の特別な室料に対する差額・理美容代・診断書等の文書作成料等）を負担して頂きます。
尚、介護保険の給付にかかる自己負担分金額は全国統一料金ではありません（施設の所在する地域や職員の配置数、認知症の有無等により異なります。保険給付対象外の費用設定につ

いても施設毎の設定となっています。(詳しくは利用料金表をご参照願います)。

(2) 保険給付サービス

・介護保険の給付にかかる自己負担分

※ 介護保険制度では、要介護(支援)度及び利用日数により利用料が異なります。また、1～17が利用状況により加算されます。

1. 認知症ケア加算(1日につき)
2. 重度療養管理加算(1日につき)
3. 緊急短期入所受入加算(1日につき、7日を限度)

※やむを得ない事情がある場合は、14日を限度

4. 夜勤職員配置加算(1日につき)
5. 個別リハビリテーション実施加算(1回につき)
6. 認知症行動・心理症状緊急対応加算(1日につき、7日を上限)
7. 若年性認知症受入加算(1日につき)
8. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)又は(II)(1日につき)
9. 送迎加算(1回につき)
10. 総合医学管理加算(1日につき、10日を限度)
11. 口腔連携強化加算(1か月に1回を限度)
12. 療養食加算(1食につき)
13. 認知症専門ケア加算(I)又は(II)(専門的な認知症ケアを行った場合・1日につき)
14. 緊急時施設療養費(緊急時治療管理費、特定治療費)
15. 生産性向上推進体制加算(I)又は(II)(1月につき)
16. サービス提供体制強化加算(1日につき)
17. 介護職員等処遇改善加算(1月につき、2024年6月1日から)

※ 2024(R06)年5月31日迄は、介護職員等処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算を算定します。

※ 1～3は、要介護1～5の方への加算項目

4～17は、全利用者の方への加算項目

(3) 保険給付対象外サービスにかかる負担分

・利用者様が希望された保険給付対象外サービス(食費・居住費及びその他の日常生活費等)にかかる料金は、(別紙1)「保険給付対象外サービス利用表」に記載しておりますので、ご確認下さい。

尚、(別紙1)「保険給付対象外サービス利用表」に記載する食費及び居住費に対して、介護保険特定負担限度額認定証により「食費及び居住費の特定負担限度額」が定められている方については、その限度額を上限として徴収致します。

(4) 私物の洗濯費用

・クリーニング業者への委託を希望される場合は、クリーニング業者と直接契約して頂きます。その費用は実費負担となります。尚、コイン式洗濯機・コイン式乾燥機(共に1回100円)を当施設2階に設置しておりますので、ご利用下さい。

(5) 理容・美容費用（税込）

- ・ 毎月第3火曜日に理容、毎月最終火曜日に美容の利用も出来ます。希望される場合は当施設職員までお申し込み下さい（実施日が変更になる場合がありますが、その際は事前にご連絡いたします）。

～理容室～

1) 散 髪	1, 980円
2) 顔剃り	880円
3) 散 髪 ・ 顔剃り	2, 860円

～美容室～

4) カット	2, 000円
5) カット ・ 毛染め	4, 000円
6) カット ・ パーマ	5, 500円

※これら項目に無い技術を希望される場合は、理・美容師とご相談願います。

(6) 家族寝具使用料（税別）

- ・ 家族等の方が、家族介護教室への宿泊を希望した場合

寝具使用料	2, 500円（1日につき）
食 事（希望者）	朝 食 600円（1食につき）
	昼 食 800円（1食につき）
	夕 食 800円（1食につき）

(7) 文 書 料（税別）

1) 一般診断書、健康診断書、簡単な証明書	3, 000円（1枚につき）
2) 各種保険証明書、身体障害者証明書等	5, 000円（1枚につき）
3) おむつ証明書	500円（1枚につき）
4) 死亡診断書	1通目 3, 000円
	2通目以降 2, 000円（1枚につき）
5) 簡易保険・生命保険死亡診断書	5, 000円（1枚につき）

(8) インフルエンザ接種 4, 000円（1回につき）

10、個人情報の保護

- ・ 当施設では、業務上知り得た利用者等に関する秘密について、利用者等に緊急やむを得ない事情が無い限り、これを保持します。
- ・ 当施設では、個人情報について（別紙2）により、その利用目的・利用範囲等を定め同意を得ることとします。尚、個人情報の利用等に対して制限を希望する場合は「（別紙2-1）個人情報に関する利用停止・変更等申請書」にて申し出る事とします。

11、事故発生時の対応

- ・当施設の提供サービスにおいて、事故が発生した場合には、速やかに家族若しくは身元引受人等へ連絡すると共に、必要に応じて関係各機関等へ協力を要請する等の必要な措置を講じます。
- ・当施設の提供サービスにおいて、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。但し、当施設の責によらない事由による場合は、この限りではありません。

12、苦情申立先

(1) 利用者等からの相談又は苦情等に対する常設の窓口（連絡先）

- ・相談・苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を設置しています。また、担当者が不在の場合、基本的事項については全職員が対応できるように指導し、担当者へ必ず引き継ぐようにしています。

～相談窓口及び担当者～

電話番号 0123-53-3131

FAX番号 0123-56-6667

相談担当者 介護老人保健施設 虹ヶ丘

事務長 松原 圭

支援相談員 宮下 円香

(2) 当施設以外に市町村の相談・苦情窓口、北海道国民健康保険団体連合会等に苦情を申し立てることが出来ます。

～夕張市役所 介護保険課 電話番号（代表） 0123-52-3131

～北海道国民健康保険団体連合会 電話番号（代表） 011-231-5161

(別紙1)

保険給付対象外サービス利用表

利用者様がご希望(選択)された利用項目及び金額は、次の通りとなります。

食費 (注1)	～ 朝食・1食	450円
	～ 昼食・1食	530円
	～ 夕食・1食	550円
居住費 (注2)	～ 多床室・1日	437円
	～ 個室・1日	1,728円
居住費差額	～ 2人部屋・1日	550円
	～ 1人部屋・1日	900円
日常生活費	～ 食事おしぼり・1日	80円
	～ パスタオル・1回	80円
	～ タオル類・1回	40円
電気代	～ 電化製品持込時・1日	80円

介護老人保健施設 虹ヶ丘では、このご希望通りサービスを提供致します。

尚、この内容についてはいつでも変更する事が可能です。

その際はお手数おかけしますが担当者までご連絡願います。

この内容についてご質問等ある場合についても、担当者までお問い合わせ願います。

担当 介護老人保健施設 虹ヶ丘
事務職員
TEL 0123-53-3131
FAX 0123-56-6667
Mail nijigaoka@sunny.ocn.ne.jp

注1 介護保険特定負担限度額認定証により「食費の特定負担限度額」が定められている方については、その限度額を上限として徴収致します。尚、その場合の食費単価は、1日当たり1,445円(朝食420円、昼食505円、夕食520円)となります。

注2 介護保険特定負担限度額認定証により「居住費の特定負担限度額」が定められている方については、その限度額を上限として徴収致します。
尚、2人部屋を希望される場合、“居住費・多床室”の金額に“居住費差額・2人部屋”の金額・1人部屋を希望される場合、“居住費・個室”の金額に“居住費差額・1人部屋”の金額が加算されます。

(別紙2)

個人情報の利用目的と同意

介護老人保健施設 虹ヶ丘では、利用者及び家族等の個人情報について、その利用目的を以下の通り定め、利用者及び家族等の同意の下に管理・運用します。

【利用者への介護サービス提供に必要な利用目的】

～介護老人保健施設 虹ヶ丘内部での利用目的～

- ・ 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・運營業務のうち
 - － 入退所・出欠等の管理
 - － 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、外部の医師等に対して意見・助言を求める場合
 - － 給食業務・検体検査業務等の委託、その他の業務委託
 - － 家族等への病状説明・心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - － 審査支払機関へのレセプト提出
 - － 審査支払機関又は保険者からの紹介への回答
- ・ 医療・介護事故等に係る保険会社・関係機関等への相談・報告及び届出等

【上記以外の利用目的】

～介護老人保健施設 虹ヶ丘内部での利用に係る利用目的～

- ・ 当施設の管理・運營業務のうち
 - － 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等の実習への協力
 - － 当施設において行われる事例研究等

～他事業者等への情報提供に係る利用目的～

- ・ 当施設の管理・運營業務のうち
 - － 外部監査機関への情報提供

【その他】

- ・ 当施設での個人情報の利用に関して、制限等を希望する場合は（別紙2-1）にて申し出る事が出来ます。また、申請・変更・撤回等はいつでも申し出る事ができます。

個人情報に関する利用停止・変更等申請書

年 月 日

介護老人保健施設 虹ヶ丘 施設長殿

私は、貴施設が保有する下記の個人情報について、利用停止又は第三者提供を停止して頂くよう申請致します。

～利用停止を求める個人情報～

利用者氏名 : _____

利用停止を求める情報の種類

利用停止の内容 (どのような目的への利用停止を希望するか具体的に記入下さい)

利用停止の理由

請求者 住 所 _____

氏 名 _____

(本人委任状)

私は、上記の通り、(請求者) _____ に対して、貴施設が保有する私の個人情報の利用停止申請に関する一切を委任致します。

利用者本人 (自署) _____

事業者

施設名 医療法人社団 英仁会
介護老人保健施設 虹ヶ丘

住所 夕張市日吉14番地6

説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて重要事項等説明書及び別紙1並びに別紙2により、その説明を受けたことを確認すると共に、その内容に同意致します。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

身元引受人

住所 _____

氏名 _____