

介 護 老 人 保 健 施 設  
入 所 事 業 所

重 要 事 項 説 明 書

様

---

医療法人 興 生 会

介護老人保健施設 ベルサンテ

## 重要事項説明書

当施設が提供する介護老人保健施設入所介護の内容に関し、貴方に説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 施設の概要

#### (1) 施設の名称等

|           |                                |
|-----------|--------------------------------|
| ・施設名      | 医療法人 興生会 介護老人保健施設 ベルサンテ        |
| ・開設年月日    | 平成16年4月1日                      |
| ・所在地      | 〒213-0026 神奈川県川崎市高津区久末 703 番 4 |
| ・電話番号     | 044-740-0740                   |
| ・FAX番号    | 044-740-0741                   |
| ・管理者      | 施設長 高橋 幸恵                      |
| ・介護保険指定番号 | 神奈川県 第1455380035号              |

#### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

##### 【目的】

介護老人保健施設ベルサンテは、医学的管理の下での介護や看護、機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護老人保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を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、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

##### 【運営方針】

当施設では、地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業所、その他保健・医療・福祉サービス提供者及び関係市区町村等と綿密な連携をはかり、明るく家庭的雰囲気重視し利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供にあたっては、親切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいよう指導又は説明を行なうとともに利用者の同意を得て実施するよう努めます。

## (3) 施設の職員体制

( 年 月末時点)

|            | 常 勤 | 非常勤 | 夜 間 | 業務内容        |
|------------|-----|-----|-----|-------------|
| ・医 師       |     |     |     | 利用者の医学的管理   |
| ・看 護 職 員   |     |     |     | 医学的管理の基の看護  |
| ・薬 剤 師     |     |     |     | 調剤及び服薬指導等   |
| ・介 護 職 員   |     |     |     | 医学、看護の基の介護  |
| ・支 援 相 談 員 |     |     |     | 利用者等の相談援助業務 |
| ・理 学 療 法 士 |     |     |     | 機能訓練等       |
| ・作 業 療 法 士 |     |     |     | 利用者の行動変容等   |
| ・管 理 栄 養 士 |     |     |     | 栄養管理、栄養指導等  |
| ・介護支援専門員   |     |     |     | サービス計画の作成等  |
| ・事 務 職 員   |     |     |     | 介護報酬請求事務等   |
| ・そ の 他     |     |     |     |             |

## (4) 入所定員等 ・定員 135名

・療養室 個室29室 ・2人室 5室 ・3人室0室 ・4人室24室

## (5) 通所定員 40名 (1単位40名)

## 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 食事 (食事は原則として食堂でおとりいただきます。)

朝食 8時00分～ 9時00分

昼食 12時00分～13時00分

夕食 18時00分～19時00分

## ④ 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回ご利用いただきます。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ります。)

## ⑤ 医学的管理・看護

## ⑥ 介護 (退所時の支援も行います)

## ⑦ 機能訓練 (リハビリテーション、レクリエーション)

## ⑧ 相談援助サービス

## ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供

## ⑩ 理美容サービス

## ⑪ 行政手続代行

## ⑫ その他

\*これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

### 3. 利用料金等

別紙利用料金表参照

### 4. 支払い方法

- ・前月分の請求書を次月10日前後に発行し、指定金融機関口座からのお引き落としとさせていただきます。お支払いの確認後領収書を発行いたします。
- ・貴方の被保険者証に支払い方法の記載（貴方が保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載等）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当施設でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、住所地の市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の9割）の払い戻しを受けてください。

### 5. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科医療機関に協力をいただき、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 高津中央病院
- ・住 所 川崎市高津区溝口1-16-7

#### ○協力医療機関

- ・名 称 高田中央病院
- ・住 所 横浜市港北区高田西2-6-5

#### ○協力医療機関

- ・名 称 山本記念病院
- ・住 所 横浜市都筑区東山田町1552

#### ○協力医療機関

- ・名 称 関東労災病院
- ・住 所 川崎市中原区木月住吉町2035

#### ○協力歯科医療機関

- ・名 称 あき歯科医院
- ・住 所 川崎市高津区野川3736

#### ○協力歯科医療機関

- ・名 称 遠藤歯科クリニック
- ・住 所 川崎市高津区溝口1-15-3

### 6. 施設利用に当たっての留意事項

- ・面 会・・・・・・・・原則 平日：11:00～19:00  
休日：11:00～18:00とします。  
※臨時対応を行う場合がございます。
- ・外出・外泊・・・・・・・・・・医師の指示のもとに許可します。
- ・飲酒・喫煙・・・・・・・・・・禁止します。

- ・火気の手扱い・・・・・・・・・・禁止します。
  - ・設備・備品の利用・・・・・・・・・・職員の指示のもとにご利用ください。
  - ・所持品・備品等の持ち込み・・・・原則、禁止とさせていただきます。  
持ち込まれても、一切責任は負いかねます。
  - ・金銭・貴重品の管理・・・・・・・・原則、禁止とさせていただきます。  
持ち込まれても、一切責任は負いかねます。
  - ・宗教活動・・・・・・・・・・・・・・信仰の自由はございますが、布教活動等は禁止  
します。
  - ・ペットの持ち込み・・・・・・・・・・禁止します。
  - ・政治活動・・・・・・・・・・・・・・禁止します。
  - ・他利用者への迷惑行為は禁止します。
- その他ご不明な点は施設にご相談下さい。

## 7. 非常災害対策

消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画に基づき、また消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行います。

- ・施設に防火管理者を置いています。
- ・施設の各部門に火元責任者を置いています。
- ・非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼しており。点検の際は、防火管理者が立ち会います。
- ・非常災害設備は、常に有効に保持するよう努めます。
- ・火災や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛消防隊を編成し、任務の遂行にあたります。
- ・防火管理者は、従業者に対して防火教育、消防訓練を実施します。  
防火教育及び基本訓練（消火・通報・避難）・・・・・・・・年2回  
（うち1回は夜間を想定した訓練を行います。）  
利用者を含めた総合避難訓練・・・・・・・・・・・・年1回  
非常災害用設備の使用手法の徹底・・・・・・・・・・・・随時
- ・その他必要な災害防止対策についても必要に応じて対処する体制をとります。

## 8. 事故発生時の対応

サービス提供等により事故が発生した場合、利用者に対し必要な処置を講ずるとともに、施設医師が、医学的な見地から専門的対応が必要と判断した場合、協力医療機関、協力歯科医療機関又は他の専門的機関での診療を依頼します。  
同時に、当施設は利用者の家族等利用者又は扶養者が指定するもの及び保険者の指定する行政機関に対して速やかに連絡します。

- ・事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録は、2年間保存します。
- ・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

## 9. 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いますので、お気軽にご相談ください。

要望や苦情などは、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、受付に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

貴方が、施設に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口      担当   相談室      平賀拓摩   星野智広   永井智美

TEL   044-740-0740

FAX   044-740-0741

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口にも苦情を申し立てることが出来ます。

市町村                      川崎市健康福祉局総務部監査指導課

TEL   044-200-2649

国保連合会介護保険室   TEL   045-329-3447

## 10. その他

当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求ください。

年 月 日

(施設)

老人保健施設入所介護サービスの提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

住 所 〒 2 1 3 - 0 0 2 6  
川崎市高津区久末 7 0 3 - 4

名 称 医療法人 興生会  
介護老人保健施設 ベルサンテ

説明者 印

この説明書により、老人保健施設入所サービスに関する重要事項の説明を受けました。

利 用 者 住 所

氏 名 印

扶 養 者 住 所  
(代 理 人)

氏 名 印

## 個人情報の利用について

当施設では、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は、利用目的を以下のとおりとします。

### ☐ご利用者様への介護サービス等の提供に必要な利用目的

#### 【施設内部での利用目的】

- (1) 当施設がご利用者様等に提供する医療・看護・介護等サービス
- (2) 介護保険事務
- (3) 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
  - ・入所・退所等の管理業務
  - ・会計・経理業務
  - ・医療・看護・介護事故等の報告
  - ・当該ご利用者様の医療・看護・介護等サービスの向上

#### 【他の事業者等への情報提供を伴う利用目的】

- (1) 当施設がご利用者様等に提供する介護サービスのうち
  - ・ご利用者等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
  - ・ご利用者様の診療等に当たり、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
  - ・ご家族様等への心身の状況説明
- (2) 介護保険事務のうち
  - ・審査支払機関へのレセプトの提出
  - ・審査支払機関または保険者からの照会への回答
- (3) 損害賠償保険等に係る保険会社等への相談または届出等

### ☐上記以外の利用目的

- (1) 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医療・看護・介護実習等への協力、ボランティア活動への協力
  - ・施設内行事等の写真・文書等の施設内掲示
  - ・外部監査機関への情報提供

### ☐個人情報の利用に係る付記事項

- (1) 上記に示す利用目的の中で、同意しがたい事項がある場合はその旨をお申し出ください。お申し出のない場合には同意いただいたものとして取り扱わせていただきます。
- (2) これらのお申し出は、後からいつでも撤回、変更等が可能です。
- (3) 救命救急等、緊急時の場合はこの限りではありません。
- (4) 担当窓口   ：   相談室



# 個人情報利用同意書

医 療 法 人 興 生 会  
介護老人保健施設ベルサンテ  
理 事 長 高 橋 幸 恵 殿

私及びその家族の個人情報については、貴施設が定める利用目的で使用することに同意いたします。

年 月 日

利 用 者 住 所

氏 名

印

扶 養 者 住 所  
(代 理 人)

氏 名

印

重要事項説明書別紙 料金表

医療法人 興生会  
介護老人保健施設ベルサンテ  
理事長 高橋 幸恵

下記にて介護報酬自己負担額のご確認をお願いいたします。

| 施設入所 項 目                  |                             |                    | 利用料      |                       | 備 考        |           |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|----------|-----------------------|------------|-----------|
| 介護<br>保<br>険<br>対<br>象    | 基本<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>費 | 4人又は2人室            | 要介護1     | 850円                  | 1日あたり      | (1割負担の場合) |
|                           |                             |                    | 要介護2     | 904円                  |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護3     | 974円                  |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護4     | 1031円                 |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護5     | 1085円                 |            |           |
|                           |                             | 個室                 | 要介護1     | 769円                  | 1日あたり      | (1割負担の場合) |
|                           |                             |                    | 要介護2     | 818円                  |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護3     | 888円                  |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護4     | 947円                  |            |           |
|                           |                             |                    | 要介護5     | 1000円                 |            |           |
|                           | 外泊時費用                       |                    | 388円/日   |                       | 6日間を限度     |           |
|                           | 初期加算(Ⅰ)/(Ⅱ)                 |                    | 65円/日    | 33円/日                 |            |           |
|                           | 経口維持加算(Ⅰ)/(Ⅱ)               |                    | 429円/日   | 108円/日                |            |           |
|                           | 口腔衛生管理加算(Ⅰ)/(Ⅱ)             |                    | 97円/月    | 118円/月                |            |           |
|                           | 療養食加算                       |                    | 7円/回     |                       | 1日に3回を限度   |           |
|                           | 短期集中リハビリ加算(Ⅰ)/(Ⅱ)           |                    | 277円/日   | 215円/日                | 入所日より3か月以内 |           |
|                           | 認知症短期集中リハビリ実施加算(Ⅰ)/(Ⅱ)      |                    | 258円/日   | 129円/回                | 入所日より3か月以内 |           |
|                           | 若年性認知症受入加算                  |                    | 129円/日   |                       |            |           |
|                           | 認知症ケア加算                     |                    | 82円/日    |                       |            |           |
|                           | 緊急時治療管理                     |                    | 556円/必要時 |                       |            |           |
|                           | 所定疾患施設療養費(Ⅰ)                |                    | 257円/必要時 |                       | 月1回連続する7日間 |           |
|                           | 夜勤職員配置加算                    |                    | 26円/日    |                       |            |           |
|                           | 入所前後訪問指導加算(Ⅰ)               |                    | 483円/回   |                       |            |           |
|                           | 入退所前連携加算Ⅱ                   |                    | 429円/回   |                       |            |           |
|                           | 訪問看護指示加算                    |                    | 322円     |                       |            |           |
|                           | 退所時情報提供加算(Ⅰ)/(Ⅱ)            |                    | 536円/回   | 268円/回                |            |           |
| 新興感染症等施設療養費               |                             | 258円/回             |          | ※現時点において指定されている感染症はない |            |           |
| 協力医療機関連携加算                |                             | 6円/月               |          |                       |            |           |
| 退所時栄養情報連携加算               |                             | 75円/回              |          | 1月につき1回を限度            |            |           |
| 再入所時栄養連携加算                |                             | 215円/回             |          |                       |            |           |
| ターミナルケア加算                 |                             | 78円/日              |          | 死亡日45日前～31日前          |            |           |
|                           |                             | 172円/日             |          | 死亡日30日前～4日前           |            |           |
|                           |                             | 976円/日             |          | 死亡日前々日、前日             |            |           |
|                           |                             | 2037円/日            |          | 死亡日                   |            |           |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ)           |                             | 7円/日               |          |                       |            |           |
| リハビリテーションマネジメント計画書情報加算(Ⅱ) |                             | 36円/月              |          |                       |            |           |
| 科学的介護推進体制加算(Ⅰ)/(Ⅱ)        |                             | 43円/月              | 65円/月    |                       |            |           |
| 自立支援促進加算                  |                             | 322円/月             |          |                       |            |           |
| 排せつ支援加算(Ⅰ)                |                             | 11円/月              |          |                       |            |           |
| 褥瘡マネジメント加算(Ⅰ)/(Ⅱ)         |                             | 4円/月               | 14円/月    |                       |            |           |
| 生産性向上推進体制加算(Ⅱ)            |                             | 11円/月              |          |                       |            |           |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)            |                             | 総単位数×7.1%×地域区分×0.1 |          |                       |            |           |

※負担割合については1～3割で利用者の状況により違います。

※上記事務連絡につきましては、支援相談員までお問い合わせください。

年 月 日

利用者氏名

家族氏名

(又は代理人)

