

天の川病院介護医療院

重要事項説明書

(1) 指定介護医療院サービスを提供する事業者について

事業者名称	天の川病院介護医療院
介護保険指定事業者番号	27B1100010
事業所所在地	岸和田市春木大国町8-4
電話番号	072-436-2233
FAX番号	072-436-0889

(2) 運営規定の概要

事業の目的	長期療養を必要とする要介護者である利用者の生活を医療と介護で支えていく施設サービスを提供するものです。
運営方針	<ul style="list-style-type: none">①入所者の能力に応じ生活の自立とその質の向上を目指しています。②入所者の尊厳を保持することに努めています。③地域や家庭との結びつきを重視した運営を心がけています。④入所者が居宅において生活できないかを定期的に検討していきます。

(3) 勤務の体制

天の川病院介護医療院は「天の川病院」に併設された介護医療院です。

天の川病院99床

4階(8床)	3階・4階(52床)	2階(39床)
介護保険適用 介護医療院	医療保険適用 療養病床	医療保険適用 地域包括ケア病床 医療保険適用 療養病床
主に介護が重点になっている人	医学的管理の必要性が高い人	医学的管理の必要性が高い人 在宅復帰を目標とする人
入院患者 4人に対して1名の看護職員 4人に対して1名の介護職員	入院患者 4人に対して1名の看護職員 4人に対して1名の介護職員	入院患者 2. 6人に対して1名の看護職員 4人に対して1名の介護職員

職種	職員数	職務内容	勤務時間
医師	常勤 3名 非常勤 8名	医療	8:00~18:00 当直 18:00~8:00
看護職員	常勤 34名 非常勤 3名 (介護保険病棟分は20人)	看護	8:45~17:15 夜勤は 16:45~9:15
介護職員	常勤 25名 (介護保険病棟分は15人)	介護	
薬剤師	常勤 2名	調剤等	8:45~17:15
理学療法士	常勤 4名	機能訓練	8:45~17:15

作業療法士	常勤 2名	機能訓練	8:45～17:15
言語聴覚士	常勤 1名	機能訓練	8:45～17:15
管理栄養士	常勤 1名	給食業務	8:45～17:15
介護支援専門員	常勤 1名	介護支援専門員業務	8:45～17:15

(4) 提供するサービスの内容について

- 施設サービス計画に基づき、入所者さんの要介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう指定介護医療院サービスを提供していきます。一日の予定は、別紙の日課サービス計画表に示すとおりです。
- 当院は「天の川病院」に併設された介護医療院ですので、療養病床や地域包括ケア病床での治療が必要となった場合、転室して天の川病院に入院していただくことがあります。また自ら必要な医療を提供することが困難であると認めたときは、他の病院での診察を求めることがあります。また認知症が進み専門的な治療が必要になったときも他の病院に移っていただくことがあります。
- 当院では身体的拘束または入院患者の行動を制限する行為は、その入院患者さんまたは他の入院患者さんの生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き行いません。緊急やむを得ず身体的拘束等を行った場合は、入院患者さん本人又はその御家族に説明し書面により同意を得ます。

(5) 利用料(自己負担金)について

1日当たりの入院費 1単位=10.27円(地域加算により)。単位数に10.27を乗じた数が金額となります。

要介護度により 1日当たりの入所費は異なります。

入所費	
要介護度 5	1355 単位
要介護度 4	1264 単位
要介護度 3	1165 単位

必要に応じ各種加算があります。1～6は1単位=10.27円(地域加算により)。7～11は1単位=10円

	加算名称	概略	加算単位数
1	療養食加算	疾病治療の直接手段として治療食を提供した場合。	23 単位/日
2	夜間勤務等看護加算(IV)	夜勤を行う職員の勤務条件が定められた基準を満たしている場合	7 単位/日
3	サービス提供体制強化加算(II)	看護・介護職員で常勤職員が 75%を超える場合。	18 単位/日
4	介護職員処遇改善加算	介護職員の賃金の改善等を実施している場合。	総単位数の 1.1%
5	初期加算	入所してから 30 日以内の場合。	30 単位/日
6	感染対策指導管理	常時感染対策をとっている場合。	6 単位/日
7	褥瘡対策指導管理	褥瘡対策について十分な体制がとられている場合。	6 単位/日
8	理学療法(I)	理学療法士を配置しリハビリテーションを個別に 20 分以上実施した場合。	123 単位/回
	理学療法リハビリ体制強化加算	常勤の理学療法士が2名いること	35 単位/回

① 入院費の負担額は、かかった入院費の1割です。ただし月額の上限額があります。

- ② 食事代は1日 1380円です。ただし住民税非課税世帯の場合は負担限度額があり1日 1360円、650円、390円となります。

胃瘻などからの経管栄養は食事の扱いです。点滴は食事扱いではありません。

- ③ 在宅との公平性を保つために、居住費(水道光熱費代)1日 430円が必要となっています。

長期入院になった場合の例を示します。(30日間入院の場合)

	住民税課税世帯	住民税 非課税世帯 年金120万超 (第3段階②)	住民税 非課税世帯 年金80万超 120万以下 (第3段階①)	住民税 非課税世帯 年金80万以下 (第2段階)	生活保護世帯 (第1段階)
入所費	44,400円	24,600円	24,600円	15,000円	介護券によります。
食事代	41,400円	40,800円	19,500円	11,700円	介護券によります。
居住費	12,900円	12,900円	12,900円	12,900円	生活保護から支払われます。
合計	98,700円	78,300円	57,000円	39,600円	

- ・上記の入所費は高額介護サービス費を適用した場合の金額です。その額まで達しない場合もあります。
- ・非課税世帯の場合は負担限度額認定申請の手続きが必要です。年金だけでなく預貯金などの資産も含めての適用となります。
- ・おむつ代はいただいていません。またおむつを準備いただく必要はありません。
- ・例えば同居家族がおられて同じ月に受けた介護サービスの利用者負担額の世帯での合計が上限額を越えた場合は、超えた分が「高額介護サービス費」として、市町村から支給されます。

ご希望に応じて以下の日常生活費が必要になります。

病衣代	1日 80円	テレビ使用料	1日 110円(内税 10円)
ティッシュ	1箱 80円	ラジオ使用料	1日 55円(内税 5円)
入れ歯洗浄剤	1箱 700円	切手	実費
シャンプー	1ヶ月 70円	単四乾電池	1本 77円(内税 7円)
単一乾電池	1本 176円(内税 16円)	クリーニング代	1日 440円(内税 40円)
単二乾電池	1本 132円(内税 12円)	散髪代	1回 2000円
単三乾電池	1本 66円(内税 6円)		

お支払い方法について

- ・入院費は毎月末締めで、翌月15日に請求書を事務所にてご用意していますので、月末までに事務所でお支払い願います。
- ・利用料のお支払が滞る場合、退院を勧告することもあります。

(6) 入院時に必要な物

バスタオル、タオル、急須(割れない物)、樂のみまたはコップ(プラスチック製)、ティッシュペーパー、ふた

つきバケツ、電気かみそり(男性のみ)、など
詳しくは病棟のヘルパーさんとご相談ください。

- * 病衣(ねまき)は病院にてご用意していますが、私物を持ってきていただきても結構です。ただしその場合は、洗濯はご家族の方にしていただく必要があります。
- * 入浴は週2回です。バスタオルが1週間に4枚必要です。不足しないようによろしくお願いします。
- * 患者さんに現金や貴重品は持たせないようにお願いします。どうしても持たせたい場合は看護婦詰所までご相談ください。

(7)施設利用にあたっての留意事項

- ・院内は禁煙です。ご協力お願いいたします。
- ・お見舞い時のおやつについては看護婦詰所までご相談くださいますようお願いいたします。
- ・外出、外泊は、主治医の許可が必要です。前もって看護婦を通じて許可をいただくようにお願いいたします。
- ・他の利用者の迷惑になるような行動を繰り返す場合、職員に対して暴言暴行をはたらく場合、施設の諸規則を守らない場合(喫煙、飲酒、無断外出など)退院を勧告することがあります。
- ・当院では非常災害対策として年に2回避難訓練等を実施しています。また食料の備蓄を約3日分確保しています。
- ・当然のことではありますが当院の職員は虐待を行いません。しかし虐待が起きてしまった場合、あるいは御家族等による虐待を発見した場合は、高齢者虐待防止法に基づき市などの関係機関に通報して対応します。

(8)個人情報の保護等について

- ・施設の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た入所者さんまたはそのご家族の個人情報を他者に漏らすことはありません。
- ・病室内、廊下に入所様の氏名を掲示しています。患者誤認を防止するために必要なものですが、掲示を希望しない場合はお申し出下さい。お申し出のない場合は了承されたものと致します。
- ・退所や転院に際しては、医療・介護サービスを継続するため、他の医療機関や介護サービス事業者に対して、診療内容などの個人情報を提供することができます。

(9)面会時間

入浴日以外の午後1時 から 午後 7 時となっています。(玄関・駐車場は午後8時に閉まります。)事務所受付の面会簿にご記入のうえ、時々看護婦詰所に声をかけていただいて患者さんの日頃の様子をお聞きいただきますようお願いいたします。

(10)事故発生時の対応について

事故発生時には速やかに必要な措置を講じるとともにご家族、関係市町村に連絡します。連絡先が変更になった場合はそのつど看護婦詰所、事務所まで御連絡くださるようにお願いします。

(11)サービス提供に関する相談、苦情について

事業者の窓口 ケアマネージャー 尾島英明 電話番号 072-436-2233
市町村の窓口 岸和田市介護保険課 電話番号 072-423-2121
大阪府国民健康保険団体連合会 電話番号 06-6949-5418

入所年月日

令和 年 月 日

重要事項説明・契約の年月日

説明者氏名 尾島 英明

令和 年 月 日

上記内容について利用者に説明を行いました。事業者として

定めた事項を誠実に履行します。

事業者住所 岸和田市春木大国町8-4

事業者名 天の川病院介護医療院

代表者名 理事長 柿原 宏

上記内容の説明を事業者から確かに受け、その内容に同意し、重要事項説

明書の交付を受けました。

利用者住所

利用者氏名

(印)

代理人 兼 連帯保証人 (続柄)

住所

氏名

(印)

生年月日 年 月 日 電話番号

サービス計画表

	時刻	共通サービス（ナース担当）	共通サービス（ヘルパー担当）	個別サービス（担当者）	主な日常生活上の活動
深 夜	4:00				
	5:00		洗面介助（蒸しタオルで）		
早 朝	6:00	巡視	配茶		
	7:00		朝食セッティング 朝食 7:30		
午 前	8:00	食事量チェック			
	9:00	検温	オムツ交換		
	10:00	病室訪問	配茶		
	11:00		昼食セッティング または 食堂へ誘導 11:30		
	12:00	与薬、食事量チェック	昼食 口腔清拭 うがい		
午 後	13:00		義歎洗浄		
	14:00				
	15:00	病室訪問	オムツ交換・陰部洗浄 配茶		
	16:00				
	17:00		夕食セッティング		
夜 間	18:00	病室訪問、食事量チェック	夕食 18:00		
	19:00		オムツ交換		
	20:00				
	21:00	与薬、就寝時巡視	(オムツは全面通気、高吸収タイプを使用		
深 夜	22:00	排尿・排便チェック	しています。)		
	23:00		巡視		
	24:00	巡視			
	1:00		巡視		
	2:00			ひげそり	毎日
	3:00	巡視	オムツ交換	爪切り、掃除	隨時
週間で実施するサービス	入浴 2／週	火、金	病衣交換	週 2 回入浴時 (汚れたときは隨時)	シーツ交換
	リハビリ	病状に応じて月に 10 回まで、理学療法士が実施します。	薬のみ・やかんの洗浄	各週 1 回	包布・枕カバー交換
					週 1 回入浴時 (汚れたときは隨時)
					各週 1 回 (汚れたときは隨時)

日常生活費の明細

項目	開始日	確認サイン	備考
テレビ代	令和 年 月 日		
病衣代	令和 年 月 日		
クリーニング代	令和 年 月 日		