

介護医療院 重要事項説明書

医療法人 裕和会

橋本整形外科内科

介護医療院重要事項説明書及びサービス内容説明書

<令和 7 年 8 月 1 日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 裕和会
代 表 者 名	橋本裕一
所在地・連絡先	(住所) 熊本市北区改寄町 2380-5 (電話) 096-272-0052 (FAX) 096-272-0056

2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	橋本整形外科内科
所在地・連絡先	(住所) 熊本市北区改寄町 2380-5 (電話) 096-272-0052 (FAX) 096-272-0056
事業所番号	43B0100169
施設長の氏名	橋本裕一

3 施設の目的及び運営方針

（１）施設の目的

本施設において、療養上の管理、看護、医学的管理の下における看護その他の必要な医療を行うことにより利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るよう、施設サービスを提供します。

（２）運営方針

1・要介護者を対象とします。

2・医師の診察、利用者の健康チェックなどを行い、個別にリハビリテーション、レクレーションなどを行います。

3・関係市町村、地域医療福祉サービスとの綿密な連携を図り個々にあったサービスを提供します。

(3) その他

事 項	内 容
施設サービス計画の作成及び事後評価	理学療法士、看護師、介護福祉士、栄養士、介護支援専門員が、利用者の直面している課題等を評価し、患者様の希望を踏まえて、施設サービス計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、利用者に説明します。

(1)

4 施設の概要

(1) 構造等

建 物	構 造	鉄筋コンクリート
	述べ床面積	484.68 m ²
	利 用 定 員	12 名

(2) 病室

病室の種類	室数	面積 (一人あたりの 8.0 m ² 以上)	備 考
一人部屋	5	48.41 m ²	ナースコールを設置、冷暖房
二人部屋	2	44.88 m ²	ナースコールを設置、冷暖房
三人部屋	1	28.20 m ²	ナースコールを設置、冷暖房

(3) 主な設備

設 備	室数	面積	備 考
食 堂	1	20.04 m ²	一人あたり 3.34 m ²
機能訓練室	1	114.02 m ²	

浴 室	1	12.12 m ²	リフト浴、特浴あり
談 話 室	1	105.74 m ²	階段ホール、通路含む
廊 下	－	(幅) 1.61 m ²	

5 施設の職員体制（併設型小規模介護医療院の場合）

従業者の職種	人 数 (人)	区分				常勤換算後の 人数(人)	勤務の内容
		常 勤 (人)		非 常 勤 (人)			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
医 師	1		1			0.2	
管理栄養士	1				1	0.5	
看 護 職 員	6		5	1		3	
介 護 職 員	3	2	1			2.5	
理学療法士	1		1			0,2	
介護支援専門員	1			1		0.5	

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
医 師	正規の勤務時間帯（8：30～18：00）常勤で業務
栄 養 士	正規の勤務時間帯（9：00～16：00）非常勤で業務
看 護 職 員	日勤（8：30～17：30） 日勤遅出（9：00～18：00） 夜勤（17：00～翌9：00） 常勤で業務
介 護 職 員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で専従 早出（6：30～15：30）常勤で勤務 早出（6：30～12：30）非常勤で勤務 遅出（12：00～21：00）常勤で専従 遅出（17：00～21：00）非常勤で勤務
理学療法士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
介護支援専門員	① 勤帯の非常勤で勤務 ②常勤で兼務

7 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食事	(食事時間) 朝食 7:45～8:20 昼食 11:45～12:20 夕食 16:45～17:20 栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
医療・看護	医師により、1日に1回定期診察を行い治療を行います。 それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を行います。 ただし、急性期治療（手術等）については、急性期病床または連携医療機関に移って治療します。
機能訓練	理学療法士、看護師、介護士により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 7台 車いす 17台 平行棒等
入浴	週2～3回の入浴又は清拭を行います。 介助が必要な利用者には、介助浴を行います。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。
離床、着替え、整容等	寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は週1回以上行います。
レクリエーション等	当施設では、次のような娯楽設備を整えております。 ボール投げ、輪投げ用道具 カラオケセット、手工芸材料セット
相談及び援助	入院患者とその家族からのご相談に応じます。

イ 施設サービス利用基本料

原則として料金表の利用料金の 1 割又は 2 割、3 割が利用者の負担額となります。

(* 居室の種類により施設サービス利用料は異なります。)

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き替えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

サービス提供証明書及び領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。尚、平成 17 年 9 月 30 日に従来型個室を利用しております。

(3)

* 介護医療院の保険給付自己負担額 医学管理 (薬、検査、) おむつなど含む

【料金表】単位数 ●減算

(従来型個室) (1 日につき) ●療養環境基準減算 (Ⅰ) - 25 ●他科受診時費用ひと月 4 日限度 362

要介護 1	6 7 5
要介護 2	7 7 1
要介護 3	9 8 1
要介護 4	1 0 6 9
要介護 5	1 1 4 9
外泊 (6 日まで)	3 6 2

【料金表】単位数 ●減算

(多床室) (1 日につき) ●療養環境基準減算 (Ⅰ) - 25 ●他科受診時費用ひと月 4 日限度 362

要介護 1	7 8 6
要介護 2	8 8 3
要介護 3	1 0 9 2
要介護 4	1 1 8 1
要介護 5	1 2 6 1

外泊（６日まで）	３６２
----------	-----

◎加算（１日につき）

種 類	利 用 料
初期加算（入院から３０日以内）	３０
退所前訪問指導加算（入所中１回又は２回）	４６０
退所後訪問指導加算（退所後１回）	４６０
退所時指導加算	４００
退所時情報提供加算（Ⅰ）（Ⅱ）	５００・２５０
退所前連携加算	５００
訪問看護指示加算（入所者ひとりにつき１回を限度）	３００
療養食加算（一日３回限度）	１回につき ６
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	２２
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	ひと月の所定単位×３６／１０００
高齢者施設等感染対策向上加算（Ⅰ）	ひと月につき １０
緊急時治療管理（１月に１回３日を限度）	一日につき ５１８
協力医療機関連携加算（Ⅰ）	ひと月につき ５０

○特定診療費

理学療法 Ⅱ	１回 ７３
理学療法 Ⅱ減算	１１回目より ５１
褥瘡対策指導管理Ⅰ	６
感染対策指導管理	６

○外泊時の個室料と日数について

一時的に自宅等に外泊された場合は、要介護状態区分にかかわらず、

１日につきＡ棟１,４００円、（医療）特別室１,５００円、Ｂ棟７００円。ひと月７泊（６日分）を限度とします。

月をまたがる場合は最大で連続１３泊（１２日分）を上限とします。

（４）

（２）介護保険給付対象外サービス

○口腔ケア 標準的なサービスとして、

毎食後の歯磨き、義歯の手入れ、うがい等の施行を個別に行なっています。

次の利用料については全額負担していただきます。

種 類	内 容	利 用 料
散髪	各自の依頼で自由に出来ます。	各店の単価による

○居住費・食費

居住費は多床室（相部屋）・従来型個室の2つに区分されます。多床室については光熱水費相当、従来型個室については室料と光熱水費相当が自己負担になります。

食費の範囲は、食材料費及び調理に係る費用相当が自己負担になります。

ただし、栄養管理相当分は保険給付対象となります。

自己負担については、利用者負担限度額に応じ下記の通りとします。

ただし市町村から「介護保険負担限度額認定証」「介護保険特定負担限度額認定証」の

交付を受けた方は、認定証に記載された負担限度額が利用者自己負担となります。

負担段階	対象者 ※（ ）内は夫婦の場合
第1段階	・生活保護受給者、または、世帯全員が市民税非課税の老齢福祉年金受給者で、 預貯金額等が 1,000 万円（2,000 万円）以下の方
第2段階	・世帯全員が市民税非課税かつ、本人年金収入等が 80.9 万円以下で、 預貯金額等が <u>650 万円（1,650 万円）</u> 以下の方
第3段階 ①	・世帯全員が市民税非課税かつ、本人年金収入等が 80.9 万円超～ <u>120 万円</u> 以下で、預貯金額等が <u>550 万円（1,550 万円）</u> 以下の方
第3段階 ②	・世帯全員が市民税非課税かつ、本人年金収入等が <u>120 万円）</u> 超で、 預貯金額等が <u>500 万円（1,500 万円）</u> 以下の方

△居住費（滞在費）

（円／日）

	基準費用 【第4段階】	利用者負担			
		【第1段階】	【第2段階】	【第3段階】 ①	【第3段階】 ②
多床室	430	0	430	430	430
従来型個室					

(医療)特別室	1500			1400	1400
A 棟	1400	550	550	1370	1370
B 棟	700	550	550	700	700

* 居住費（＝基準費用額）と上表の負担限度額の差額が、補足給付として介護保険から給付されます。

△食費

（円／日）

基準費用額 【第 4 段階】	利用者負担			
	【第 1 段階】	【第 2 段階】	【第 3 段階】	【第 3 段階】
			①	②
1,380	300	390	650	1360

* 食費（＝基準費用額）と上表の負担限度額の差額が、補足給付として介護保険から給付されます。

(5)

8 利用等のお支払い方法

毎月、10 日までに前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、

10 日までに窓口にてお支払いください。

※ 入金確認後、領収書を発行します。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口責任者	主任 看護師 南直美
	ご利用時間	8：30～17：30
	ご利用方法	電話（272-0052） 面接（当施設窓口） ご意見箱（1 階待合室）

※上記責任者が不在の時は、他の職員が対応します。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	非常時に備えての訓練にて対応を行います。
--------	----------------------

避難訓練及び防火設備	夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所の方も参加して行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	自動火災通報装置	あり	スプリンクラー	各箇所
	自動火災報知器	あり	ガス漏れ探知機	あり
	消火器	各個所	避難階段	2 箇所
	誘導灯	各箇所	非難袋	1 箇所
	カーテンは防災性能のあるものを使用しています。			
防火火災器具の点検	熊本中央消防署への届出日：毎年一回行う 防火管理者：橋本秀子			

1 1 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 13：00～19：00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。
外出・外泊	外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出、届け出用紙に記載し提出してください。
病室・設備・器具の利用	病院内の病室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
喫煙	病院内禁煙です。喫煙はご遠慮ください。
迷惑行為等	騒音等他の入院患者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入院患者の病室等に立ち入らないでください。
所持金品の管理	所持金品は、必要最小限とし、自己の責任で管理してください。
宗教活動・政治活動	施設内での他の入院患者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

(6)

12 協力医療機関

協力医療機関	住 所	連絡先
熊本市立植木病院	熊本市北区植木町岩野 285-29	096-273-2111
牧歯科医院	熊本市北区植木町植木 513	096-272-0003

13 緊急時の連絡先

緊急の場合には、あらかじめお聞きしている連絡先へ連絡します。

連絡先の変更などがございましたら、速やかに職員へお知らせ下さい。

14 事故発生時の対応

入所者に対するサービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに入所者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を行います。

事故の状況及び事故に際して行った対応について記録を行い、事故原因を解明し、再発防止の為に対策を講じます。

尚、職員一同十分配慮をしておりますが、場合によって個人での転倒事故などが起こった際には責任を負えない事もございますので、ご理解ご了承のほどよろしくお願いいたします。

以下余白

(7)

当事業者は、重要事項説明書及び料金表に基づいて、介護医療院のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者乙

住 所 熊本市北区改寄町 2380-5

事業所名 医療法人 裕和会

施設名 介護医療院 橋本整形外科内科

(事業所番号) 43B0100169

代表者名 橋本 裕一 印

説明者

職 名 介護支援専門員

氏 名 _____ 印

私は、重要事項説明書及び料金表に基づいて、介護医療院のサービス内容及び重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者甲

住所

氏 名 _____ 印 _____

身元引受人

住所

氏 名 _____ 印（続柄）