

武南病院附属介護医療院【重要事項説明書】

令和7年4月1日

1. 事業者の概要

施設名	社会医療法人社団大成会 武南病院附属介護医療院
所在地	埼玉県川口市東本郷2026
管理者氏名	山中 明彦
電話番号	048-284-2811
事業者指定番号	11B0200033
施設基準	Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ii)多床室 看護6:1 看護補助6:1 療養環境減算(Ⅱ) 夜間勤務等看護加算(Ⅳ) 療養食加算 安全対策体制加算 重症皮膚潰瘍管理指導 褥瘡対策指導管理(Ⅰ)(Ⅱ) 理学療法(Ⅰ) 作業療法 言語聴覚療法 高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)(Ⅱ) 科学的介護推進体制加算(Ⅰ) 栄養マネジメント強化加算 生産性向上推進体制加算(Ⅱ) サービス提供強化加算(Ⅲ) 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)

2. 施設の目的と運営方針

施設の目的	「日常的な医学管理等の医療機能」と「生活施設としての機能」を、長年にわたり療養が必要な要介護者に対して、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者に対し適正なサービスを提供することを目的とする。
運営方針	規律を遵守し、地域の介護医療に貢献していくとともに利用者の快適な介護サービスに努める。 長年にわたり療養が必要な要介護者に対して、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他、必要な医療を行う。 居宅介護支援事業者その他保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

事項	有無	備考
従業員への研修の実施	○	年1回以上行う
サービスマニュアルの作成	○	必要に応じて見直します
身体拘束	×	原則として行わない
その他		状況に応じて利用者に説明します

3. 設備の概要

定員	36名
室数(3人部屋)	12室
食堂兼談話室	2室(7階及び1階)
機能訓練室	1室
浴室	一般浴室、特殊浴室

4. 職員体制

管理者(病院長)	1名	理学療法士	1名以上
医師(病院長含む)	1名以上	作業療法士	1名以上
薬剤師	1名以上	言語聴覚士	1名以上
看護職員	6名以上	診療放射線技師	1名以上
介護職員	6名以上	介護支援専門員	1名以上
管理栄養士	1名以上	事務職員	1名以上

5. 施設サービスの概要と利用料

施設サービスの計画立案は、介護支援専門員が利用者・ご家族の要望や課題等を踏まえて、施設サービス計画を作成します。

(1)介護保険給付対象サービス

<サービス内容>

種類	内容
食事	食事時間 朝8:00 / 昼12:00 / 夕18:00 栄養状態、身体の状態・病状、嗜好を定期的に把握し計画的な適時適温の食事提供を行います。
健康管理	医師の管理下による健康管理に努めます。
医療・看護	利用者の病状にあわせた医療・看護を提供します。
機能訓練	医師の指示に基づき、理学療法士及び作業療法士、言語聴覚士が行います。
栄養管理及び栄養ケア	管理栄養士が給食の献立を作成し、利用者の心身の状態の維持、改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。
口腔衛生管理及び口腔ケア	口腔疾患予防、口腔機能維持のため、口腔清掃の指導・ケアを行います。
入浴	週2回の入浴を行います。ただし、状態に応じ清拭となる場合があります。
排泄	利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、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	生活機能低下防止のため、出来る限り離床に配慮します。清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。
相談及び援助	利用者とそのご家族からのご相談に応じます。
レクリエーション	当施設では年間1回以上、地域との交流会等を実施しています。

<サービス利用料>

介護保険給付対象サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

Ⅱ型介護医療院サービス費(Ⅰ)(ii)(多床室)					
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス単位	786単位	883単位	1,092位	1,181単位	1,261単位
自己負担額(1割)	822円	923円	1,142円	1,235円	1,318円
自己負担額(2割)	1,643円	1,846円	2,283円	2,469円	2,636円
自己負担額(3割)	2,464円	2,769円	3,424円	3,703円	3,954円

※5級地は1単位10.45円となります。

※日常的な医療とは別に必要となった特別な医療については、医療保険の給付対象となりますので、医療保険における自己負担額をお支払いいただきます。

(2)減算・加算について

下記項目に該当した場合のみ加算致します。<1単位10.45円となります>

項目	加算・減算の概要	単位/算定期間
療養環境減算(Ⅱ)	療養室に係る床面積÷入所定員の数が8未満の場合に減算	-25 単位/日
初期加算	入所した日から起算して30日以内の期間について加算	30 単位/日
夜間勤務等看護加算(Ⅳ)	夜勤の看護職員又は介護職員の配置が20:1以上かつ2人以上の場合に加算	7 単位/日
退所時情報提供加算(Ⅰ)	居宅へ退所となった場合	500 単位/回 (退所時)
退所時情報提供加算(Ⅱ)	病院へ退所となった場合	250 単位/回 (退所時)
退所時指導加算	居宅においての療養上の指導を行った場合	400 単位/回 (退所時)
退所前連携加算	居宅介護支援事業者に対して、診療状況を文書で情報提供し、居宅サービスの調整を連携して行った場合	500 単位/回 (退所時)
訪問看護指示加算	在宅で訪問看護を受ける場合に、訪問看護指示書を交付した場合	300 単位/回
療養食加算	糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、高脂血症食、痛風食を提供した場合	6 単位/回 (1日3回を限度)
安全対策体制加算	事故発生時の対応や事故発生防止のための委員会や研修の実施、外部研修を受けた担当者が配置され、安全対策体制が整備されている場合	20 単位/回 (入所時)

緊急時治療管理	病状が重篤となり救急救命医療が必要となった場合、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った場合	518 単位/日 (連続する3日間)
特定治療	老人保健法の規定による、リハビリテーション・処置・手術・麻酔または放射線治療を行なった場合	医科診療報酬点数に10円を乗じた額
外泊時費用	居宅における外泊をした場合、初日・最終日以外は施設サービス費に代えて加算	362 単位/日
他科受診時費用	専門的な診察が必要となり他の医療機関を受診した場合に、施設サービス費に代えて加算	362 単位/日
科学的介護推進体制加算(Ⅰ)	厚生労働省への情報提供と、必要な情報を活用している場合	40 単位/月
生産性向上推進体制加算(Ⅱ)	見守り機器等を導入している場合	10 単位/月
サービス提供強化体制加算(Ⅲ)	看護・介護職員の常勤の割合が75%以上	6 単位/日
栄養マネジメント強化加算	栄養状態をアセスメントし、その状態に応じて多職種共同により栄養ケアマネジメントを行う	11 単位/日
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	褥瘡の発生と関連リスクについて施設入所時に評価するとともに3ヶ月に1回評価し、その結果を厚労省に提出した場合	10 単位/月
高齢者施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等に係る実地指導を受けていること	5 単位/月
協力医療機関連携加算	協力医療機関との実効性のある連携体制を構築するため、入所者の現病歴等の情報共有を行う会議を定期的開催する場合	100 単位/月
高齢者虐待防止措置実施減算	利用者の人権の擁護、虐待の防止などをより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられてない場合に減算	減算なし
業務継続計画策定減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画が未策定の場合に減算	減算なし
新興感染症等施設療養費	特定の感染症を施設内で治療した場合	240 単位/日 (連続5日間まで)
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	介護職員の処遇改善を目的に、基準に適合している施設が、入所者に対しサービスを行った場合	サービス費+ 各加算の×29分の 1000相当額/月

(3)特別診療費

下記項目に該当した場合のみ加算致します。<1 単位 10 円となります>

項目	加算・減算の概要	単位/算定期間
感染対策指導管理	感染対策委員会を設置し、施設全体で感染対策を実施	6 単位/日
褥瘡対策指導管理(Ⅰ)	褥瘡の発生とリスクについて施設入所時等に評価するとともに少なくとも3月に1回評価を行い褥瘡管理に関する褥瘡ケア計画を作成	6 単位/日
褥瘡対策指導管理(Ⅱ)	上記(Ⅰ)に加え、褥瘡の発生がない場合	10 単位/月
重症皮膚潰瘍管理指導	重症な皮膚潰瘍(Sheaの分類Ⅲ以上)を有している場合に計画的な医学管理を継続して行い、かつ療養上必要な指導を実施	18 単位/日
医学情報提供(Ⅰ)	病院へ転院になった場合	220 単位/回 (退所時)
医学情報提供(Ⅱ)	診療所に転院になった場合	290 単位/回 (退所時)
理学療法(Ⅰ)	理学療法を個別に行った場合	123 単位/回
作業療法	作業療法を個別に行った場合	123 単位/回
言語聴覚療法	言語聴覚療法を個別に行った場合	203 単位/回
摂食機能療法	摂食機能障害を有し30分以上訓練指導を行った場合	208 単位/日
短期集中リハビリテーション	入所日から3ヵ月以内の期間で、20分以上の個別リハビリを1週間に概ね3回以上実施した場合	240 単位/日

6. 介護保険給付対象外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種類	内容	利用料金
居住費(多床室)1日あたり	世帯の所得に応じて減免あり	基準費用額 437円
		利用者負担第3段階② 430円
		利用者負担第3段階① 430円
		利用者負担第2段階 430円
		利用者負担第1段階 0円
食費 1日あたり	世帯の所得に応じて減免あり	基準費用額 1,445円
		利用者負担第3段階② 1,360円
		利用者負担第3段階① 650円
		利用者負担第2段階 390円
		利用者負担第1段階 300円
娯楽費用	折り紙、画用紙、レクリエーション材料等	300 円/月
予防接種	インフルエンザワクチン 肺炎球菌ワクチン等	予防接種法に基づき 地方自治体等が定めた額

各種診断書	生命保険診断書、死亡診断書等	550円～11,000円／1通
健康診断	年に1度、血液検査、尿検査、胸部レントゲン検査、心電図検査等を実施	9,900円／回
病衣等リース用品	(有)アイムに委託 (別紙契約書あり)	352円～880円／日
理美容代	理容師の出張によるサービス (別紙同意書あり)	500円～5,000円／回
エンゼルセット		11,000円／回
ねまき(浴衣)		2,550円／着

7. 入退所の手続き

(1)入院の手続き

介護保険適用病棟に入院する場合、事前に病棟師長等から重要事項について説明を致します。その後、介護契約書・同意書など記入・記載していただく書類があります(詳しくは重要事項説明の際にお聞きください)。

(2)退院の手続き 契約書第8条によるものとする。

8. ご利用料金のお支払い方法

(契約書第7条によるものとする)

利用料金は月1回、月末締めで計算され、請求書は毎月10日(土日祝の場合はその後の平日)に発行いたします。請求書の受け取りから1週間以内に1階会計窓口にてお支払いください。

※銀行振込も可能です。ご希望の方は1階事務室までお申し出ください。

9. 支払遅延に対する措置

連絡なく利用料の滞納が続きますと、退所をお願いすることがあります。

10. 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人社団大成会 武南病院
所在地	埼玉県川口市東本郷2026 (当施設と同一建物内)
診療科	内科、外科、消化器科、整形外科、皮膚科、脳神経外科、リハビリテーション科

11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	岩下歯科医院
所在地	埼玉県川口市榛松290-2

12. 施設利用にあつての留意事項

下記事項にご留意ください。特別な事情がある場合には、病棟看護師までお申し出ください。

面会時間	面会時間 14:00～17:00 感染対策のため制限を設けることがあります。
食事	治療上、医師の許可がない限り、食べ物の持ち込みを禁止いたします。 また、利用者さん同士の食事の交換は禁止いたします。
消灯時間	消灯は午後9時です。テレビも同時に消してください。ラジオはイヤホン をご使用ください。
外出、外泊	事前に申請し、医師の許可を得てください。許可がでたら許可願を記入 し、看護師にお渡しください。
居室・設備・器具の利用	施設内の設備や器具は本来の用法に従つてご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくこと があります。
敷地内での飲酒・喫煙	敷地内全て禁止となります。
迷惑行為等	騒音等他者の迷惑になる行為はご遠慮願います。
持ち込み制限	ナイフ、カッター等の刃物類、ライター等の火気類の持ち込みは禁止い たします。
金銭、貴重品、所持品の管理	金銭、貴重品の持ち込みは盗難予防のため持ち込まないでください。 所持品は最小限とし、私物に関しては、見える場所にお名前の記載をお 願ひいたします。 上記に関し、万一紛失があつても当院では一切責任を負いかねますの でご注意ください。
宗教・政治活動	宗教・政治活動や勧誘等は固くお断りいたします。

13. 事故発生時の対応

○当施設は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者のご
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とつた処置について記録を行い、事故の原因を解明し、再発生を防ぐために
対策を講じます。

14. 非常災害時の対応

当施設では非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要
な訓練を実施しております。

災害時の対応	消防計画に則り対応を行います。
平常時の訓練	消防計画に則り年間2回避難訓練を実施します。
防災設備	スプリンクラー、自動火災報知器、屋内消火栓、防火扉、防災加工されたカーテン等消 防法に定められたもの

15. 個人情報の取扱い

- 従業者は業務上知り得た入所患者または家族の秘密を保持する。
 - 従業者であった者に、業務上知り得た入所者またはご家族の秘密を保持するため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨に従業者と雇用契約の内容とする。
 - 入所中または退所後、利用者さんの入所中の診療情報、介護情報などについて他の病院、診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等から依頼があった場合には、病診連携の範囲内で必要な情報を使用いたします。
- ※個人情報の利用目的を別紙「当施設における患者さんの個人情報の使用目的」のとおり定め、適切に取り扱います。

16. サービス内容に関する苦情相談等窓口

<当施設の窓口>

事務次長	高瀬 英紀
	電話番号 048-284-2811
地域連携室 医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)	鈴野 奈菜子
	電話番号 048-284-2811
介護支援専門員	小山 麻理子
	電話番号 048-284-2811

<その他> 公的機関においても、相談・苦情の申し立てが出来ます

川口市役所 介護保険課	電話番号 048-258-1110
埼玉県国民健康保険連合会 介護保険課	電話番号 048-824-2568

17. 身体拘束等について

当施設では原則として、利用者さんに対し身体拘束を行いません。ただし、自傷他害の恐れがある緊急やむを得ない場合は、施設管理者または担当医師が判断し、身体拘束及びその他の行動を制限する行為を行うことがあります。その場合には、その際の利用者さんの心身の状況、緊急やむを得なかった理由をご家族に説明を行います。ただし、寝たきり等の方で、転落予防のためベッド柵等を使用することがあります。

18. 高齢者虐待防止について

当施設では職員へ定期的な研修等を行い、高齢者虐待防止に取り組んでいます。

19. 当法人の概要

名称・法人種別	社会医療法人社団 大成会
代表者氏名	理事長 山中 明彦
本部所在地	東京都豊島区池袋1-5-8
電話番号	03-3984-6161
施設・拠点等	病院 2ヶ所 診療所 1ヶ所

当施設は、重要事項説明書に基づいて、施設サービスの内容及び重要事項を説明しました。

入所日 令和 年 月 日

施設名称 社会医療法人社団大成会 武南病院附属介護医療院
施設所在地 埼玉県川口市東本郷2026
施設管理者 山中 明彦
電話番号 048-284-2811

私は、重要事項説明書に基づいて説明を受け、同意しました。

【入所者】

氏 名： _____ 男・女
生 年 月 日： _____ 年 月 日生
住 所： _____
電 話 番 号： _____ — _____

【身元引受人①】

氏 名： _____
住 所： _____
電 話 番 号： _____ — _____
勤 務 先 名 称： _____
勤 務 先 電 話 番 号： _____ — _____

【身元引受人②】

氏 名： _____
住 所： _____
電 話 番 号： _____ — _____
勤 務 先 名 称： _____
勤 務 先 電 話 番 号： _____ — _____

同意書

武南病院附属介護医療院院長 殿

私こと、貴院の介護医療院に入所するにあたり、契約書・重要事項説明書について看護師(病棟師長・介護支援専門員等)から雑費等の説明を受け、十分理解しました。下記必要依頼項目を記載し、費用徴収に関して同意致します。

※希望するものに○をしてください

	洗濯	1回につき300円(税込) 品物によらず、患者さんの私物を洗濯した場合 ※特別な場合(緊急時等)は除く
	おやつ代	1日につき110円(税込)

記入日: 令和 年 月 日

利用者名: _____

生年月日: 明・大・昭 年 月 日生

住 所: _____

電話番号: _____

<代理者の場合>

代理者氏名: _____ (続柄: _____)

令和7年4月1日

ヘアカット申込書（同意書）

当院では、入院されている方で希望される方に、出張美容委託業者により下記のサービスを提供しております。

武南病院附属介護医療院長 殿

私は、下記サービスに関して説明を受け、理解致しました。毎月の入院費と一緒に費用徴収することに関して同意致します。

■ヘアカット料金 1回 3,000円（税込）

ベッド上でカット場合は、別途+1,000円

■男性お顔のお手入れ 1回 1,000円（税込）

（電気シェーバーによる顔そり・眉毛カット・鼻毛カット）

■女性お顔のお手入れ 1回 500円（税込）

（レディースシェーバーによる顔そり・眉毛カット・鼻毛カット）

※ご希望の髪型にチェック☑をしてください。

【男性】

- 坊主
スポーツ刈り
本人と相談
美容師にまかせる
その他（

【女性】

- 耳を出す
耳がすべて隠れる
本人と相談
美容師にまかせる
その他（

利用者名： _____

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日生

住 所： _____

電話番号： _____

<代理者の場合>

代理者氏名： _____（続柄： _____）

令和 年 月 日