

老人保健施設ハイム・ベルク 介護予防短期入所療養介護
 <施設及びサービスの説明>
 重要事項説明書
 (令和7年4月)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設ハイム・ベルク
- ・開設年月日 平成10年10月15日
- ・所在地 岩手県奥州市水沢羽田町字水無沢496番地
- ・電話番号 0197-51-2050
- ・FAX番号 0197-51-2052
- ・管理者名 吉崎 陽
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(0350480034号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、短期入所療養介護サービス提供においては、利用者の心身の状態若しくは病状により、若しくはその家族の疾病、冠婚葬祭、出張などの理由により、または、利用者の家族の身体的及び精神的な負担の軽減を図るために短期入所療養介護サービス計画の内容に沿って、一時的に入所して医学的管理の下での看護、介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供することを目的としています。

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。

[老人保健施設ハイム・ベルクの運営方針]

- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。
- ・ 明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行ない、市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者や介護保健施設その他の保険、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

(3) 施設の職員体制

	人員	業務内容
管理者(施設長)	1人	健康管理及び適切な医療処置
医師	2人以上	医学的管理・診療行為
看護職員	9人以上	保健衛生並びに看護
薬剤師	1人以上(病院兼務)	調剤及び服薬指導
介護職員	21人以上	日常生活全般の介護
支援相談員	1人以上	相談支援及び苦情処理業務
理学療法士、 作業療法士、 言語聴覚士	2人以上	理学療法・作業療法・言語聴覚療法
管理栄養士	1人以上(病院兼務)	計画的な栄養管理、栄養マネジメント
調理員	外部委託	調理業務全般
介護支援専門員	1人以上	サービス計画及び苦情処理
事務職員	3人以上	施設管理及び事務処理

(4) 入所定員等

- ・定員 90名
- ・療養室 個室：2室 2人室：12室 4人室：16室

(5) 通常の送迎地域

奥州市、金ヶ崎町

2. サービス内容

- ①短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の作成
- ②食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）
 - 朝食 7時30分～ 8時30分
 - 昼食 11時30分～12時30分
 - 夕食 18時00分～19時00分
- ③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。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。）
- ④医学的管理・看護
- ⑤介護
 - 居宅介護サービス計画に沿った短期入所療養介護計画に基づいて実施します。
- ⑥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、施設内でのすべての活動がリハビリテーション効果を期待したものです。
- ⑦相談援助サービス
- ⑧栄養管理、栄養マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨理美容サービス（原則毎週水曜日に実施します。）
- ⑩送迎サービス（原則として午前9時半～午後4時半の間と致します）
- ⑪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。

短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画

要介護者の家庭等での生活を維持・向上させるために立案された居宅介護サービス計画に沿って、当施設を一定期間ご利用いただき、医学管理の下における看護、介護及び機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上のお世話をを行い、利用者の生活の質の維持・向上及び利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画が作成されますが、その際、ご本人、身元引受人、利用者の家族等の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

3. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、利用者の状態が急変し、当施設での対応が困難な場合等には、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

美山病院

住 所 奥州市水沢羽田町字水無沢495-2
電話番号 0197-24-2141

美希病院

住 所 奥州市前沢古城字丑沢上野100
電話番号 0197-56-6111

・協力歯科医療機関

ちば歯科医院

住 所 奥州市水沢字桜屋敷420
電話番号 0197-51-1300

4. 緊急時の連絡先

なお、緊急の場合には重要事項説明書にご記入いただいた緊急連絡先に連絡します。

5. 施設利用に当たっての留意事項

① 食事

- ・ 利用中は、特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。
- ・ 施設は利用者の心身の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ます。その実施のためには食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みはご遠慮下さい。

② 面会

- ・ 面会は、午前8時30分から午後7時までの間とさせていただきます。
- ・ 感染予防等止む得ない事情で面会の中止や時間の変更の場合は書面の配布、玄関等への掲示でお知らせ致します。
- ・ 面会時は玄関にて面会用紙の記入をお願いします。
- ・ 飲食物の持ち込みにつきましては必ず看護・介護職員までお申し出下さい。

③ 外出・外泊

- ・ 事前に看護・介護職員へお声掛け下さい。所定の届出用紙にご記入をお願いします。
- ・ 外出・外泊予定の時間等が変更になる場合は予めご連絡をお願いします。

④ 外出時の施設外での受診

- ・ 介護老人保健施設サービスを受けている方が、外出時などに他の保険医療機関を受診する場合、その医療機関では、治療費や薬剤代等の保険者への請求が法的に制限されていますので、受診を希望する際には当施設に事前にご相談ください。

⑤ 飲酒

- ・ 飲酒は、施設行事に伴って提供される場合を除いて禁止させていただきます。

⑥ 喫煙・火気の取り扱い

- ・ 喫煙は敷地内全面が禁煙となっておりますので、電子タバコや敷地内に駐車中の車内での喫煙もご遠慮ください。
- ・ 火気の取扱いは、火災防止のため禁止します。

⑦ 設備・備品の利用

- ・ 設備・備品の利用にあたっては、損傷や汚染などに十分にご注意願います。尚、著しく破損又は汚染した場合は、修理代等の実費を申し受ける場合があります。
- ・ 居室内は常に整理整頓に心掛け、必要以外の物は置かない様をお願いいたします。

⑧ 金銭・貴重品の持ち込み

- ・ 金銭・貴重品の施設内への持ち込みは原則としてお断り致します。但し、やむを得ない事由による場合は、所定の手続きを経た上で事務室でお預かり致します。
- ・ 万一、金銭等（小銭も含む）を利用者ご自身でお持ちになる場合は、盗難や紛失に十分にお気をつけ願います。尚、この場合、盗難や紛失が発生した場合でも当施設ではその責任を一切負いません。

⑨ 宗教活動

- ・ 宗教活動は、信仰の自由を妨げるものではありませんが、騒音等で他の施設利用者の迷惑にならない範囲内とさせていただきます。

⑩ ペットの持ち込み

- ・ ペットの持ち込みは、原則として禁止します。

⑪ 消灯

- ・ 消灯時間は午後9時となっております。

⑫ 衣類管理

- ・ 洗濯、衣替え及び修繕はご家族の方の責任でお願いいたします。

6. 非常災害対策

当施設では、次のような防災設備の設置と、防災訓練等を実施しています。

- ・防災設備 屋内消火栓、スプリンクラー、自動火災報知器、非常通報装置、漏電火災警報機、避難滑り台、非常電源設備、消火器、消防署への火災自動通報装置他。
- ・防災訓練 年2回

7. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

8. 相談・苦情等

当施設には支援相談の専門員として介護支援専門員及び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。

又、要望や苦情等も、苦情受付担当者（介護支援専門員及び支援相談員など）にお寄せいただければ、速やかに対応いたします。その他事務室前に備えられた「ふれあいポスト」をご利用ください。

① 当施設の苦情受付

電話番号 0197-51-2050

FAX 0197-51-2052

e-mail beruku@catv-mic.ne.jp.

受付担当者	療養科長	奥田 しのぶ
	主任看護師	千葉 一美
	主任介護福祉士	中村 絵理
	主任介護福祉士	千葉 千尋
	主任介護福祉士	菊地 美由紀
	主任介護支援専門員	及川 真紀子
	支援相談員	浅沼 佑耶
苦情解決責任者	施設長	吉崎 陽
	事務長	井上 和
	看護師長	小野寺 友喜

② 奥州市

健康福祉部長寿社会課 介護認定係 電話番号 0197-34-2198

江刺総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-2522

胆沢総合支所健康福祉課 長寿社会担当 (健康増進プラザ悠悠館内)
電話番号 0197-46-2977

前沢総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-0274

衣川総合支所健康福祉課 長寿社会担当 電話番号 0197-34-2369

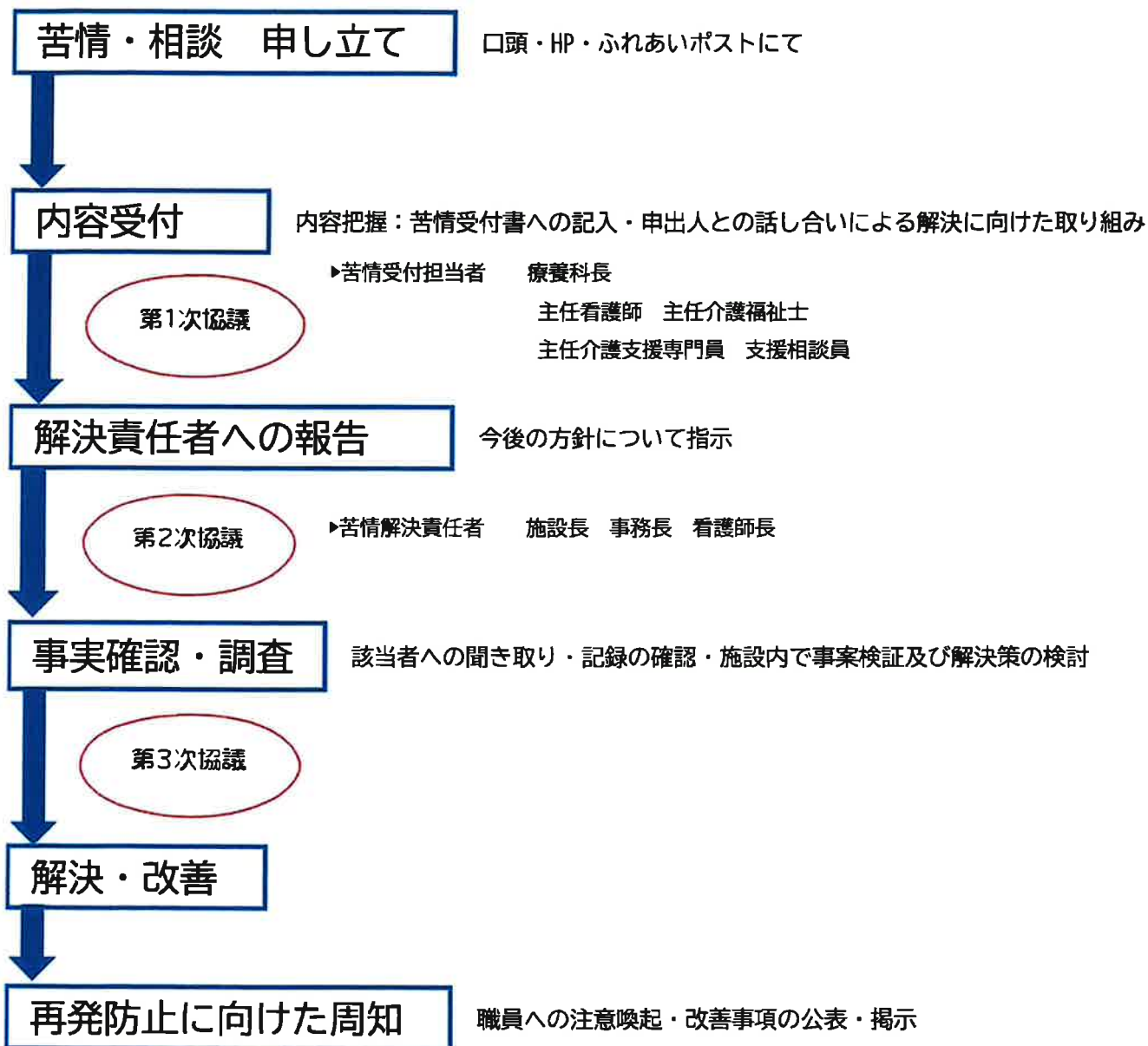
③ 岩手県国民健康保険団体連合 苦情相談窓口 電話番号 019-604-6700

9. その他

必要な場合は、パンフレットをご用意しております。

苦情受付から解決までの手順

各段階において、申立者に進捗状況を伝達
問題解決に向けた取り組みを行う



施設で解決しない場合

- ・外部の相談窓口へ申し出・相談
- ・相談窓口：重要事項説明書1-8参照

(利用者負担金説明書)

介護老人保健施設をご利用される利用者のご負担は、介護保険の給付にかかる通常1割から3割の自己負担分と保険給付対象外の費用（居住費、食費、利用者の選択に基づく特別な室料や日常生活品費、教養娯楽費、理美容代、私物の洗濯代、電気器具持込料及びその他の費用）を利用料としてお支払いいただく2種類があります。

(1) 基本料金（介護保険施設では、要支援認定による要支援の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

	多床室(2・4人部屋)			個室(213・312号)		
	1割負担額	2割負担額	3割負担額	1割負担額	2割負担額	3割負担額
要支援1	613円	1,226円	1,839円	579円	1,158円	1,737円
要支援2	774円	1,548円	2,322円	726円	1,452円	2,178円

(2) その他の加算（介護保険分：以下は1日あたりの自己負担分です。）

加算項目	1割負担額	2割負担額	3割負担額	算定要件
サービス提供体制強化加算(I)	22円	44円	66円	介護職員のうち、介護福祉士が80%以上配置されている又は勤続10年以上の介護福祉士が35%以上配置されていること
夜勤職員配置加算	24円	48円	72円	入所者の数が20又はその端数を増す毎に1以上の夜勤を行う介護職員・看護職員を1名を超えて配置していること
在宅復帰・在宅療養支援機能加算(I)	51円	102円	153円	①在宅復帰・在宅療養支援等指標が40以上であること ②地域に貢献する活動を行っていること ③介護保健施設サービス(I)の【基本型】を算定していること
個別リハビリテーション実施加算	240円	480円	720円	1日20分以上の個別リハビリテーションを行った場合
送迎加算	184円	368円	552円	居室と事業所間の送迎を行う場合(片道)
口腔連携強化加算 (1月に1回に限り算定)	50円	100円	150円	・施設の職員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に算定 ・施設は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科訪問診療の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該職員からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文章等で取り決めていること
総合医学管理加算	275円	550円	825円	治療管理を目的とし、以下に掲げる基準に従い、居室サービス計画で計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、7日を限度として加算する。 ・診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行うこと ・診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載すること ・かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行うこと
若年性認知症受入加算	120円	240円	360円	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を含め、その者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。
緊急時治療管理	518円	1,036円	1,554円	病状が重篤になり、救命救急医療が必要となり、緊急的な治療管理を行った場合(1月に1回、連続する3日を限度)
療養食加算	8円	16円	24円	療養食の提供を行った場合(1食につき、1日3回まで)
生産性向上推進体制加算(II)	10円/月	20円/月	30円/月	・利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っていること ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入していること ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデータの提供を行うこと
介護職員処遇改善加算(III)		5.4%		資格や経験に応じた昇給の仕組みの整備

(3) その他の料金 ① (介護保険給付対象外の自己負担分です。)

食費	・2,130 円/3 食(朝食 650 円 ・昼食 740 円 ・夕食 740 円) ※経管栄養の方は1日2回(朝 1,065 円 ・夕 1,065 円) 負担限度額認定を受けている場合には、認定証記載の食費負担額が1日にお支払いいただく食費の上限となります。
滞在費	・多床室 437 円/日 ・従来型個室 1,728 円/日 滞在費について負担限度額認定を受けている場合には認定証記載の滞在負担額が1日にお支払いいただく滞在費の上限となります。

その他の料金 ② (介護保険給付対象外の自己負担分で、利用者の選択に基づく料金です。一律に徴収するものではありません。)

特別な室料	・2人部屋 363 円/日 ・個室 1,496 円/日
日常生活品費	日常生活に必要な用品(歯ブラシ、歯磨剤、義歯用ブラシ、入歯洗浄剤、スポンジブラシ、口腔ウェットティッシュ、口腔ジェル、マウスウォッシュ、ティッシュペーパー、ボディソープ、リンスインシャンプー)で、利用を希望する場合の費用です。 利用希望品目数により料金を算定 7 品目以上 160 円、4～6 品目 120 円、1～3 品目 80 円
理美容代	・カット:2,000 円 ・顔剃り:2,000 円 ・カット+顔剃り:2,500 円 ・カット+カラー:3,500 円 ・パーマ:4,500 円 ・パーマ+カラー:5,500 円 ・理容時のタオル使用料:200 円
洗濯代	154 円/日 私物洗濯を業者委託された場合にお支払いいただきます。 業者との契約が必要となります。
電気器具持込料	電気毛布、電動車椅子のバッテリー充電:33 円/日 ラジカセ、携帯電話、その他電子機器:11 円/日
その他の費用	実費 診断書等の文書作成費、予防接種等に係る費用

* 「介護保険負担限度額認定証」をお持ちの方は必ず、提示してください。(資料1)

(4) お支払い方法

- ・ サービス利用の最終日に、当該利用期間分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・ お支払い方法は、会計窓口もしくは、帰りの送迎時に現金払いを原則とします。
- ・ 現金での支払が困難な場合には、現金書留又は銀行振込による支払も承りますが、この場合には郵便料金又は送金手数料はお支払になる方のご負担とさせていただきます。

(資料1)

「国が定める利用者負担限度額段階（第1～3段階）」 に該当する利用者等の負担額

- 利用者負担は、所得などの状況から第1～第4段階に分けられ、国が定める第1～第3段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第1～第3段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第4段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 対象となる方
 <所得要件>市町村民税非課税世帯の方。世帯が違っていても配偶者が市町村民税を課税されている場合は対象外となります。
 <資産要件>預貯金等の金額を確認し、次の基準を超える場合には対象外となります。
 配偶者がいる方：合計2,000万円以上等
 配偶者がいない方：1,000万円以上等

利用者負担段階と負担限度額

利用者負担段階	対象者		負担限度額(日額)	
			居住費	食費
第1段階	・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で老齢福祉年金を受給されている方 ・生活保護等を受給されている方	かつ、預貯金等が単身で1000万円(夫婦で2000万円)以下	多床室 0円	300円
			従来型個室 550円	
第2段階	・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下の方	かつ、預貯金等が単身で650万円(夫婦で1650万円)以下	多床室 430円	600円
			従来型個室 550円	
第3段階(1)	・世帯の全員(世帯を分離している配偶者を含む)が市町村民税を課税されていない方で合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年間80万円を超え120万円以下の方	かつ、預貯金等が単身で550万円(夫婦で1550万円)以下	多床室 430円	1,000円
			従来型個室 1,370円	
第3段階(2)	・世帯全員が市町村民税を課税されていない方で上記第3段階(1)以外の方	かつ、預貯金等が単身で500万円(夫婦で1500万円)以下	多床室 430円	1,300円
			従来型個室 1,370円	
第4段階	・上記以外の方		負担限度額なし	

- 利用者負担第4段階の利用者の方であっても、次の要件の全てに該当する方は、市町村に申請することで、第3段階の負担軽減を受けることができます。
 - ・2人以上の世帯の方
 - ・世帯の年間収入から施設の利用者負担（介護サービスの利用者負担、食費・部屋代）の見込額を除いた額が80万円以下
 - ・世帯の現金、預貯金等の額が合計450万円以下 等
- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。