

サテライト介護老人保健施設かるむ

短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)

重要事項説明書

当施設は利用者に対して施設入所利用サービスを提供します。当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

当施設のご案内

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 サテライト介護老人保健施設かるむ
- ・開設年月日 令和5年5月15日
- ・所在地 静岡市葵区上伝馬23-6
- ・電話番号 054-266-6611・FAX番号 054-266-6622
- ・管理者名 朝来野 弦(医師)
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(2254280221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、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護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(介護予防短期入所療養介護)や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。

- ・ 当施設では、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむをえない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。
- ・ 当施設では、介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努める。
- ・ 当施設では、明るく家庭的な雰囲気重視し、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努める。
- ・ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、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、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに利用者の同意を得て実施するよう努める。
- ・ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は、原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとする。

(3) 施設の職員体制

職種	職員数	夜間	業務内容
・ 管理者	1人(本体老健と兼務)		総括管理
・ 医師	1人以上(〃)		診療
・ 看護職員	3人以上		指示に基づく医療処置
・ 薬剤師	0.4人以上(〃)		調剤

・介護職員	7人以上	1	介護サービス業務
・支援相談員	1人以上（〃）		相談業務、入退所調整
・理学・作業療法士	1人以上（〃）		個別リハビリ・生活リハビリ
・管理栄養士	1人以上（〃）		栄養管理
・事務職員その他	適当数		事務処理全般

(4) 短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)の利用定員数は、利用者が申込みをしている当該日の介護保健施設サービスの定員数より実入所者数を差し引いた数とする。

入所定員等 ・定員 29名

・療養室 個室 1室、4人室 7室

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)計画の立案
- 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 8時00分～
 - 昼食 12時00分～
 - 夕食 18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。入所利用者は、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。)
- ④ リハビリテーション機能強化実施
- ⑤ 認知症ケア実施
- ⑥ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑦ 送迎の実施
- ⑧ 療養食(医師の指示による)
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 医学的管理・看護 介護(退所時の支援も行います)
- ⑪ その他 相談援助 理美容 行政手続代行

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 静岡市立静岡病院
- ・住所 静岡市葵区追手町10番93号

・協力歯科医療機関

- ・名称 こんどう歯科医院
- ・住所 静岡市葵区北安東4丁目31-5

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、契約書にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、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。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、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るため、その実施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いただきます。
- ・面会時間は、午前9:00～午後8:00です。来所の方は、各階に据え置きのお面会票に記入ください。
- ・消灯時間は、午後9:00です。
- ・外出・外泊の際は、必ず前日までにご連絡ください。事前または当日に所定の外出・外泊届を提出してください。

- ・ 飲酒・喫煙は、施設内禁止です。
- ・ 火気の取扱いは、施設内禁止です。
- ・ 設備・備品の利用は、使用目的及び用途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は、弁償していただくことがあります。
- ・ 所持品・備品等の持ち込みは、必要なもの以外の持ち込みはご遠慮ください。なお、携帯電話、テレビ、パソコン等の持ち込みについては事前若しくは後日お申し出頂ければ持ち込み可能とします。但し、金銭等を含め貴重品の管理は行っていませんので、ご利用者本人及びご家族の管理でお願いいたします。紛失、破損等の責任は、一切負いませんのでご了承ください。
- ・ ペットの持ち込み及び飼育は、衛生上問題がありますのでお断りいたします。
- ・ 騒音等他利用者への迷惑行為は、ご遠慮ください。

5. 非常災害対策

- ・ 防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、消防署への非常通報装置、非常放送設備
火災感知器等
- ・ 防災訓練 年2回

6. 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養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。

7. その他

- ・ 療養室の変更
入所後、利用者の病状や状態、その他の理由にてやむを得ず療養室の変更をお願いさせて頂く事があります。
- ・ 当施設は、看護、介護、リハビリテーション等の人材育成に協力しており、実習生の受け入れをしております。実習期間中、実習生の指導を担当する職員が失礼のないよう見守り指導をいたしますが、何かございましたらお申出ください。
- ・ 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、必要な方は申し出ください。

8. 介護保険証及び介護保険負担割合証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合証を確認させていただきます。

9. 短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)の概要

短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)は、要介護者(要支援者等)の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に基づき、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並びに日常生活上のお世話をを行い、利用者の療養生活の質の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、利用者・扶養者ご家族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。

10. 利用料金

(1) 基本料金

施設利用料(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたり1割の自己負担分です)

※下記利用料金の該当する部分に関して利用者様へ請求をさせていただきます。

短期入所療養介護

○基本報酬【基本型】	〈多床室〉	〈従来型個室〉
・要介護1	853円	774円
・要介護2	904円	823円
・要介護3	970円	888円
・要介護4	1,024円	943円
・要介護5	1,081円	998円

○加算

* 身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の1/100 減算/日
* 高齢者虐待防止未実施措置減算	所定単位数の1/100 減算/日
* 業務継続計画未策定減算	所定単位数の1/100 減算/日
* 認知症ケア加算	78円/日
* 夜勤職員配置加算	25円/日
* サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	23円/日
* サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	19円/日
* サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	7円/日
* 送迎加算〈片道〉	189円/回
* 個別リハビリテーション実施加算	247円/日
* 療養食加算(1日に3回まで)	9円/回
* 重度療養管理加算	124円/日
* 若年性認知症利用者受入加算	124円/日
* 認知症行動・心理症状緊急対応加算(原則7日以内)	206円/日
* 緊急短期入所受入対応加算(7日を限度)	93円/日
* 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ)	53円/日
* 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ)	53円/日
* 緊急時治療管理(月1回3日を限度)	532円/日
* 総合医学管理加算(利用中に10日を限度)	283円/日
* 認知症専門ケア加算(Ⅰ)	3円/日
* 認知症専門ケア加算(Ⅱ)	5円/日
* 口腔連携強化加算	52円/月
* 生産性向上推進体制加算(Ⅰ)	103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(Ⅰ) イとして上記合計金額の9.0%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) ロとして上記合計金額の9.7%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) イとして上記合計金額の8.6%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) ロとして上記合計金額の9.3%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) として上記合計金額の6.9%が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) として上記合計金額の5.9%が加算されます。	

介護職員等処遇改善加算は1ヶ月の合計金額に各%が加算されますので、差異が生じる場合があります。

(2) 基本料金

施設利用料(介護保険制度では、要介護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)

※下記利用料金の該当する部分に関して利用者様へ請求をさせていただきます。

介護予防短期入所療養介護

○基本報酬【基本型】	〈多床室〉	〈従来型個室〉
・要支援1	630円	595円
・要支援2	795円	746円

○加算

* 身体拘束廃止未実施減算	所定単位数の 1/100 減算/日
* 高齢者虐待防止未実施措置減算	所定単位数の 1/100 減算/日
* 業務継続計画未策定減算	所定単位数の 1/100 減算/日
* 夜勤職員配置加算	25 円/日
* サービス提供体制強化加算 (I)	23 円/日
* サービス提供体制強化加算 (II)	19 円/日
* サービス提供体制強化加算 (III)	7 円/日
* 送迎加算 (片道)	189 円/回
* 個別リハビリテーション実施加算	247 円/日
* 療養食加算 (1 日に 3 回まで)	9 円/回
* 若年性認知症利用者受入加算	124 円/日
* 認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7 日間限度)	206 円/日
* 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (I)	53 円/日
* 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	53 円/日
* 認知症専門ケア加算 (I)	3 円/日
* 認知症専門ケア加算 (II)	5 円/日
* 緊急時治療管理 (月 1 回 3 日を限度)	532 円/日
* 総合医学管理加算 (利用中に 10 日を限度)	283 円/日
* 口腔連携強化加算	52 円/月
* 生産性向上推進体制加算 (I)	103 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 (I) イとして上記合計金額の 9.0% が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (I) ロとして上記合計金額の 9.7% が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (II) イとして上記合計金額の 8.6% が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (II) ロとして上記合計金額の 9.3% が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (III) として上記合計金額の 6.9% が加算されます。	
* 介護職員等処遇改善加算 (IV) として上記合計金額の 5.9% が加算されます。	

介護職員等処遇改善加算は 1 ヶ月の合計金額に各% が加算されますので、差異が生じる場合があります。

- (3) 要介護 (要支援) 認定されない場合や、緊急時やむを得ない場合また限度額を超え居宅サービスを利用した場合の対価として、本契約及び重要事項説明書に基づく短期入所療養介護 (介護予防短期入所療養介護) の 10 割及び利用者が個別に利用したサービスの提供に伴い必要となる額の合計額を支払う義務があります。

(4) その他の費用

- ① 食費 (1 日当たり) 2,030 円
 (朝食 510 円・昼食 700 円・おやつ 120 円・夕食 700 円)
 ※ただし、食費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている食費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく食費の上限となります。
- ② 居住費 (療養室の利用費) (1 日当たり)
- ・従来型個室 2,160 円
 - ・多床室 650 円
- ※ただし、居住費について負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載されている居住費の負担限度額が 1 日にお支払いいただく居住費の上限となります。
 ※上記①「食費」及び②「居住費」において、国が定める負担限度額段階 (第 1 段階から 3 段階まで) の利用者の自己負担額については、《別添資料 1》をご覧ください。
- ③ 特別な室料 (1 日当たり)
- ・個室 1,000 円
- ④ 理美容代 実 費

- ⑤ 特別な食事の費用
通常の食事以外の調理は原則できませんが、やむを得ない状況で必要性が生じた場合は、その費用は有償となります。
- ⑥ 日常生活品費／1日 190円
石鹸、シャンプー、ティッシュペーパー、バスタオルや紙おしぼり等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑦ 教養娯楽費／1日 100円
クラブやレクリエーションで使用する、折り紙、粘土等の材料や風船、輪投げ等遊具、ビデオソフト等の費用であり、施設で用意するものをご利用いただく場合にお支払いいただきます。
- ⑧ 行事費（その都度実費をいただきます。）
有料の催し物等に参加された場合の費用はお支払いいただきます。
- ⑨ 健康管理費 実 費
インフルエンザ予防接種や肺炎球菌ワクチン接種に係る費用で、接種を希望された場合にお支払いいただきます。
- ⑩ 私物の洗濯代 実 費
私物の洗濯を施設に依頼される場合にお支払いいただきます。
- ⑪ その他
利用者の要望によるもの、及び診断書等の文書の発行等の費用を徴収することがあります。

(5) 支払い方法

- ・毎月10日以降、前月分の請求書を発行しますので、事前に届けていただいた指定の銀行口座より毎月27日に自動引落しの方法でお支払下さい。（但し、引落日が金融機関休業の場合は翌営業日となります。）支払い後の領収書は、翌月の請求書発送時に同封させていただきます。
- ・新規入所の方は、契約時に預金口座振替（自動引落し）の手続きを行いますので、別途「預金口座振替」の書類を提出いただきます様お願い致します。なお、手續完了まで暫くかかりますので完了するまでは、その月の末日までに当施設の事務所窓口または銀行振込（振込手数料はご負担願います）のいずれかの方法でお支払いください。

※利用者負担説明 について

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**1割から3割（介護保険負担割合証に記載の割合）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療養室料及び特別な食費、日常生活で通常必要となるものに係る費用や、理美容代、倶楽部等で使用する材料費、診断書等の文書作成費、等）を**利用料**としてお支払いいただく2種類があります。

なお、介護保険の保険給付の対象となっているサービスは、利用を希望されるサービス（入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション）毎に異なります。

また、利用者負担は全国統一料金ではありません。介護保険給付の自己負担額は、施設の所在する地域（地域加算）や配置している職員の数、また、認知症専門の施設（認知症ケア加算）で異なりますし、利用料も各施設の設定となっております。

介護保険には、大きくわけて、入所をして介護保険を利用する施設サービスと在宅にいて種々のサービスを受ける居宅サービスがありますが、それぞれ利用方法が異なります。

施設サービスを希望される場合は、直接施設にお申込みいただけますが、**短期入所療養介護、通所リハビリテーションは、居宅サービス**であり、原則的に利用に際しては、居宅支援サービス計画（ケアプラン）を作成したあとでなければ、保険給付を受けることができませんので注意が必要です。また、送迎、入浴といった加算対象のサービスも、居宅支援サービス計画に記載がないと保険給付を受けられませんので、利用を希望される場合は、居宅支援サービス計画に記載されているかないかをご確認ください。居宅支援サービス計画は、利用者ご本人が作成することもできますが、居宅介護支援事業所（居宅支援サービス計画を作成する専門機関）に作成依頼することもできます。

詳しくは、当施設の介護支援専門員又は支援相談員にご相談ください。

短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）利用サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名	説明者職名	氏名
サテライト介護老人保健施設かるむ		㊞

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）利用のサービス提供開始に同意しました。

※連帯保証人

施設利用をして頂くにあたり、利用者様又は扶養者様等が諸規定を厳守されず、また音信不通等により、責務不履行の状態に陥った場合、連帯保証人様に、金180万を限度として利用者様、扶養者様に関する一切の責務を担って頂きます。

利用者	住所	〒
	氏名	㊞

扶養者	住所	〒
	氏名	㊞

連帯保証人	住所	〒
	氏名	㊞

施設	所在地	〒420-0943 静岡県静岡市葵区上伝馬23-6
	名称	医療法人社団松英会サテライト介護老人保健施設かるむ
	代表者	理事長 朝来野 弦
	電話番号	(054) 266-6611