

短期入所療養介護 重要事項説明書

ユニット型

医療法人社団 葵会

介護老人保健施設 葵の園・桶川

(介護予防) 短期入所療養介護 重要事項説明書

1 施設の名称及び所在地

施設名称	介護老人保健施設 葵の園・桶川
所在地	埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 1
法人名	医療法人社団 葵会
代表者名	理事長 新谷 幸義
電話番号	0 4 8 - 7 2 9 - 1 5 0 0
サービスの種類	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
介護保険事業者番号	1155280033(ユニット型)

2 事業の目的

加齢に伴い生ずる心身の変化に起因する疾病等により要支援、経過的要介護状態等となり介護、機能訓練並びに看護及び医療を要する者等について、これらの者が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、指定短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護のサービスを提供し、もって保険医療の向上と福祉の増進を図ることを目的とする。

3 運営の方針

(1) 短期入所療養介護

利用者が要介護状態になった場合においても、可能な限り居宅において、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、介護、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並びに日常生活上の世話をを行うことにより療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

(2) 介護予防短期入所療養介護

利用者が要支援 1、2 の状態になった場合においても、その人の生活・人生を尊重し、生活機能の維持・向上を積極的に図り、できる限り自立した生活を送れるよう、介護、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並びに日常生活上の世話をを行うことにより療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

4 職員の職種・員数

職種	常勤	非常勤	夜間	備考
	ユニット	ユニット	ユニット	
医師	1			
看護師	5		1	
介護士	13		3	
理学療法士等	3			
支援相談員	1			
薬剤師		0.34(常勤換算)		
管理栄養士	1			
介護支援専門員	1			
事務職員	3			

5 利用定員及び設備等

定員	150名
居室	ユニット 58床
浴室	一般浴室、個浴室、機械浴室があります
機能訓練室	1室

6 サービスの内容

- (1) 医療・看護・介護の各サービス
- (2) 入浴
- (3) 機能訓練
- (4) 食事
- (5) 相談援助（利用者及び家族への助言援助）
- (6) レクリエーション、家族との交流
- (7) サービス利用のための措置

項 目	有 無	備 考
男性職員の有無	有	—
身体的拘束の有無	無	—
従業員への研修の実施	有	月1～2回の施設内研修の実施
サービスマニュアルの有無	有	—

※身体的拘束の手続きについて

緊急やむを得ない状況が発生し、「身体拘束」を行う場合は以下の手続きにより行います。

- (1) 第一に代替案を検討します
- (2) 実施にあたっては、必要最小限の方法、時間、期間、実施方法の適正、安全性、経過確認の方法について検討を行います。
- (3) 事前もしくは事後速やかに、施設長の判断を仰ぎます。
- (4) 事前もしくは事後速やかに、家族等に連絡を致します。
- (5) 事前もしくは事後速やかに、施設長・事務長・看護師・支援相談員・介護士・家族等の参加するカンファレンスを開催し、「身体拘束」の理由、治療及び対応方針を確認し、ケアプランを作成致します。

7 サービスの利用料

(1) 基本料金

	ユニット型		
	1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	859円	1,717円	2,576円
要介護度2	907円	1,814円	2,721円
要介護度3	974円	1,947円	2,921円
要介護度4	1,030円	2,060円	3,090円
要介護度5	1,085円	2,169円	3,254円
要支援1	641円	1,282円	1,923円
要支援2	811円	1,621円	2,431円

上記の料金表以外に、別途加算があります。

	1 割負担	2 割負担	3 割負担		1 割負担	2 割負担	3 割負担
夜勤職員配置 加算	25 円	50 円	74 円	緊急時治療管理 加算	525 円	1,050 円	1,575 円
個別リハビリ テーション 実施加算	247 円	493 円	740 円	重度療養管理加算 (要介護4・5に限る)	124 円	247 円	370 円
療養食加算 (1食につき1回)	9 円	17 円	25 円	送迎加算 (片道)	189 円	378 円	567 円
サービス提供 体制加算(Ⅱ)	19 円	37 円	56 円	緊急短期入所 受入加算 (14 日間)	93 円	185 円	278 円
介護職員 処遇改善加算Ⅰ	総単位数にサービス別の加算率 3.9%を乗じたものを加算						
特定介護職員 処遇改善加算Ⅰ	総単位数にサービス別の加算率 2.1%を乗じたものを加算						
介護職員等 ベースアップ等 支援加算	総単位数にサービス別の加算率 0.8%を乗じたものを加算						

※上記料金は桶川市地域 6 級地区分単価（10.27 円）で計算されています。

※当施設より、10 k m以内を送迎地域とします。10 k m以上につきましては、別途 200 円片道がかかります。

（2）食 費 朝食：470 円、昼食：750 円、夕食：530 円、おやつ 100 円となります。

・また、利用者負担の段階により以下の内容になります。

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階 ①	第 3 段階 ②	第 4 段階
要支援 1	300 円/日	600 円/日	1,000 円/日	1,300 円/日	1,850 円/日 (朝：470 円) (昼：750 円) (夕：530 円) (おやつ：100 円)
要支援 2					
要介護 1					
要介護 2					
要介護 3					
要介護 4					
要介護 5					

（3）滞在費 利用者負担の段階により以下の内容になります。単位：円

	第 1 段階	第 2 段階	第 3 段階 ①、②	第 4 段階
要介護 1	820 円/日	820 円/日	1,310 円/日	2,000 円/日
要介護 2				
要介護 3				
要介護 4				
要介護 5				

(4) その他の料金 ※希望者による

日用品費	1 日あたり 300 円 (タオル・バスタオル等の費用です)
教養娯楽費	1 日あたり 150 円 (レクリエーションやクラブ活動に係る費用です)
文書作成料	1 通につき 2,000 円 ～ 20,000 円税別 (他医療機関等に情報提供等を希望される場合)
在所証明書	1 通につき 500 円税別
理美容代	実費
健康管理料	実費 (インフルエンザ等予防接種に係る費用や抗原検査に係る費用等)
外泊時おむつ代	実費
電気代	テレビ・ラジオ等でコンセント使用时1口につき 50 円/日 税別

8 非常災害対策

- (1) 防災時の対応：事業所防災規定による。
- (2) 防災設備：前ア項の規定に沿った設備を設置。
- (3) 防災訓練：年 2 回実施。

9 事故発生時の対応

- (1) 事故発生時は、速やかに家族、関係機関に連絡し対応致します。
- (2) サービスの提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対して損害を賠償致します。

10 緊急時の対応方法

利用者の容態の変化等があった場合は、医師により必要な処置を講じるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

11 サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 施設ご利用相談・苦情担当 連絡先 電話 048-729-1500

苦情担当 事務長 武田 淳美

相談担当 支援相談員

- (2) その他

市町村の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話：048-824-2568

桶川市 担当課：介護保険課 電話：048-786-3211

12 協力医療機関

協力医療機関	医療法人財団 聖蹟会 埼玉県中央病院	
	埼玉県桶川市坂田 1726	048-776-0022
	医療法人社団 壽照会 大谷記念病院	
	埼玉県桶川市加納字宮の脇	048-728-2411
	医療法人社団 顕心会 伊奈中央病院	
	埼玉県北足立郡伊奈町寿 4 丁目 43 番地	048-721-3022
協力歯科医院	ひのき歯科	
	埼玉県さいたま市北区日進町 2-1108-3	048-651-8855

13 その他留意事項

面会	施設へお問い合わせください。
外出	施設へお問い合わせください。
飲酒・喫煙	全館禁煙となっています。
設備・備品の利用	定められた場所で注意を持って正しく使用してください。
部屋移動	入所中処遇上の理由で療養室が変更となる場合がございます。
私物の持ち込み	衣類その他私物には必ず全てフルネームでお名前を記入してください。 (油性マジックで記入、またはネームシール可) 品物によって制限させていただく場合があります。ライター等の火気類、ドライヤー、照明等のコードを有する物品の持ち込み禁止。
貴重品の持ち込み	お断りします。
施設外での受診	外泊時に受診される場合は病院提出に必要な施設入所証明書を発行いたします。事前にご連絡ください。
宗教活動	お断りします。
ペットの持ち込み	お断りします。
飲食物の持ち込み	お断りします。ご家族が施設内で一緒に飲食を希望する場合には看護師にご相談いただき、看護師の許可を得てください。残った食べ物はお持ち帰りください。誤嚥（気管に入り肺炎の原因）・窒息の危険性があります。また、何を摂取されていたかを看護師・職員にお知らせください。

令和 年 月 日

短期入所療養介護にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明致しました。

事業者 所在地 埼玉県桶川市倉田 2 2 0 8 - 1
 名 称 医療法人社団 葵会
 介護老人保健施設 葵の園・桶川

説明者 _____ (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から短期入所療養介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

 氏 名 _____ (印)

連帯保証人 住 所 _____

 氏 名 _____ (印)

