

介護老人保健施設

介護予防短期入所療養介護 入所重要事項説明書

1. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

医療法人 宏友会が開設する老人保健施設うらら（以下「事業所」という。）が行う介護予防短期入所療養介護（以下「事業」という。）の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、事業所の医師を始めスタッフ一同（以下「職員等」という。）が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な短期入所療養介護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

当施設は、前条の目的を達成するため次のことを方針として運営されます。

1. 要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、理学療法、作業療法その他の必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復を図ります。
2. 事業の実施にあたっては、利用者にかかわる医師及び理学療法士、作業療法士などその他専ら介護予防短期入所療養介護の提供にあたる従事者の協議によって、また、利用者・家族等の希望を取り入れ、計画の内容について同意を得た上で介護予防短期入所療養介護計画を作成します。

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名	老人保健施設うらら
所在地	〒999-8134 山形県酒田市本楯字前田127-2 電話番号 0234-28-3131
サービスの種類	介護予防短期入所療養介護
介護保険事業者番号	山形県第0650880024号
通常の事業の実施地域	旧酒田市の最上川以北及び旧八幡町、遊佐町

(2) 職員の体制

1. 施設長（医師）	1名	（通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションと兼務）
2. 医師（非常勤）	1名	（通所リハビリテーションと兼務）
3. 看護師	11名	（通所リハビリテーションと兼務2名・他事業所と兼務1名を含む）
4. 介護職員	43名	（内、介護福祉士35名、認定特定行為従事者21名：6月より2名追加） （歯科衛生士と兼務1名を含む）
5. 支援相談員	3名	
6. 理学・作業療法士	5名	（訪問リハビリテーションと兼務）
7. 言語聴覚士	1名	（通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションと兼務）

8. 事務職員	2名	
9. 管理栄養士	2名	(通所リハビリテーションと兼務)
10. 厨房職員	13名	(通所リハビリテーションと兼務)
11. その他の職員	2名	(通所リハビリテーションと兼務2名を含む)
12. 介護支援専門員	2名	(介護職員と兼務1名)
13. 歯科衛生士	1名	(介護職員と兼務)

(3) 看護・介護職員の勤務体制

24時間体制。但し、夜勤帯(20:00～翌7:00)は、看護師1名、介護職員4名で対応。

3. サービスの内容

要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護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、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並びに日常生活上のお世話を行います。

利用者の意志を尊重した生活目標を立て、利用者の有する能力を評価し自立した日常生活を過ごしていただけるよう、介護予防短期入所療養介護計画に基づいてサービスが提供されます。この計画は、利用者にかかわるあらゆる職種の協議によって作成されますが、その際、利用者及び後見人・扶養者の希望を取り入れ、また計画内容については同意をいただくようになります。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの申し込み

まずは、電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いします。居宅サービス計画の依頼をしている場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する7日前までにお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合やむを得ない事情によりサービス終了のご相談をさせていただきます場合がございます。

③自動終了

(1)利用者の要介護認定区分が、要介護又は非該当(自立)と認定された場合

(2)利用者が死亡した場合

④その他

ア)次の場合、利用者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

(1)事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

(2)事業者が守秘義務に反した場合

(3)事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

(4)事業者が破産した場合

イ)次の場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することが出来ます。

(1)利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、事業者が利用者に対し、料

金を支払うよう勧告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合

(2)利用者又はその家族が事業者やサービス従業者に対し、この契約を継続し難い背信行為（介護職員や他の利用者に対する故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等も含む）を行った場合

5. 高齢者虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止のため、虐待発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針整備、研修の実施、担当者の設置等必要な措置を講じています。

6. 緊急時又は事故発生時における対応

①介護予防短期入所療養介護を利用中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、ご家族、居宅介護支援専門員等へ連絡します。

② 事故発生時の対応

(1)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は、当事業所は事前の打ち合わせに従い、緊急連絡先へ連絡し、また重大事故と判断をした場合は、保険者の指定する行政機関に連絡します。

庄内総合支庁 福祉担当課 (TEL 0234-66-5460 FAX 0235-66-4053)

(2)事故防止のため、委員会等において転倒、転落、誤飲、誤嚥、無断離設などについて、具体的な事故防止の対策を関係職員に周知徹底すると共に、事故が生じた際にはその原因を解明し、対策を講じます。

主治医	氏名	
	医療機関名	
ご家族等	氏名	
	電話番号	
居宅介護 支援事業所等	氏名	
	事業所	

7. 協力医療機関等

(医療機関)

病院名：地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構

所在地：山形県酒田市あきほ町30番地 電話番号：0234-26-2001

入院設備：有り（日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院）

病院名：健友会 本間病院

所在地：山形県酒田市中町3丁目5-23 電話番号0234-22-2556

入院設備：有り（本間病院）

病院名：宏友会 上田診療所

所在地：山形県酒田市上野曾根上中割73 電話番号：0234-27-3306

（歯科医療機関）

機関名：本間歯科医院

所在地：酒田市中町3-7-18 電話番号：0234-22-0577

8. 相談、苦情等の処理について

- ・相談・苦情に対する常設の窓口

担当責任者 老人保健施設うらら 矢島慎也 （電話番号）0234-28-3131

- ・苦情処理窓口は、上記の他公的機関にも設置されています。

（窓口）山形県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護サービス推進室

（電話番号）0237-87-8006

（窓口）酒田市健康福祉部高齢者支援課 介護保険給付係

（電話番号）0234-26-5363

9. 利用料金（※介護保険負担割合証1割・2割負担以外の場合は別紙）

ア) 介護保険負担割合・要介護度・居室によって1日につき次の料金をお支払いいただきます。

※下記の介護予防短期入所療養介護費は、介護予防短期入所療養介護費【在宅強化型】の料金となります。【基本型】算定の場合は、料金が変更となります

うらら短期入所利用者負担金一覧表（日額：負担限度額段階4の場合）

多床室（4人部屋）ご利用の場合

要介護度	要支援1	要支援2
短期入所療養介護費（I）（iv）	¥672	¥834
サービス提供体制強化加算	¥22	¥22
夜勤職員配置加算	¥24	¥24
居住費（注）	¥750	¥750
食費※（注）	¥1,630	¥1,630
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110
合計	¥3,208	¥3,370

多床室（2人部屋：TV・冷蔵庫完備）ご利用の場合

要介護度	要支援1	要支援2
短期入所療養介護費（Ⅰ）（iv）	¥672	¥834
サービス提供体制強化加算	¥22	¥22
夜勤職員配置加算	¥24	¥24
居住費（注）	¥750	¥750
食費※（注）	¥1,630	¥1,630
特別な室料（税込）	¥440	¥440
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110
合 計	¥3,648	¥3,810

あじさい棟個室（TV・冷蔵庫・電話完備）ご利用の場合

要介護度	要支援1	要支援2
短期入所療養介護費（Ⅰ）（ii）	¥632	¥778
サービス提供体制強化加算	¥22	¥22
夜勤職員配置加算	¥24	¥24
居住費（注）	¥1,680	¥1,680
食費※（注）	¥1,630	¥1,630
特別な室料（税込）	¥440	¥440
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110
合 計	¥4,538	¥4,684

つはき棟個室ご利用の場合

要介護度	要支援1	要支援2
短期入所療養介護費（Ⅰ）（ii）	¥632	¥778
サービス提供体制強化加算	¥22	¥22
夜勤職員配置加算	¥24	¥24
居住費（注）	¥1,680	¥1,680
食費※（注）	¥1,630	¥1,630
教養娯楽費（税込）	¥110	¥110
合 計	¥4,098	¥4,244

※レクリエーション時等利用者の同意のもと施設で用意した物を使用した場合にご負担頂きます。

※介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算として、所定単位数に介護保険で定められた単位数を加算し、別途請求いたします。

※負担限度額認定を受けている場合は負担限度額認定証に記載の食費・居住費とします。

(介護保険)

※上記の他、加算料金として以下の利用料金が加算される場合があります。

短期入所 加算一覧 (R6, 4月～)

加算内容	単位数	備考
サービス提供体制強化加算 (I)	22 単位/日	○
夜勤職員配置加算	24 単位/日	○
在宅復帰・在宅療養支援機能加算 (II)	51 単位/日	○
個別リハビリテーション実施加算	240 単位/日	○
かかりつけ医連携薬剤調整加算	125 単位/回	
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)	518 単位/日	○
認知症行動・心理症状緊急対応加算 (7日間まで)	200 単位/回	○
重度療養管理加算	120 単位/日	○ (要支援は×)
緊急短期入所受入対応加算 (7日間～14日間をまで)	90 単位/日	○ (要支援は×)
送迎加算	片道 184 単位	○
総合医学管理加算 (10日間まで)	275 単位/日	○
認知症専門ケア加算 (I)	3 円	○
認知症専門ケア加算 (II)	4 円	○
生産性向上推進体制加算 (II)	10 単位/月	○
介護職員処遇改善加算 (I)	所定単位数に 7.5% 乗ず	○
療養食加算	8 単位/回	○
若年性認知症利用者受入加算	120 単位/日	○ 過去該当者無し

(食費) 朝食 350 円、昼食 690 円、夕食 50 円/各 1 食当たり (税込)

(介護保険以外)

- ・ 診断書料 A 2,200 円/通 (税込) ・ 診断書料 B 4,400 円/通 (税込)
- ・ 家族介護訓練室使用料 3,850 円/泊 (税込)

※その他、利用者が負担することが適当と認められる費用 (持ち込みの電化製品利用時の電気料金など)、催事参加費、外注クリーニング代、やむを得ない理由で洗濯をした場合の洗濯代、理容料等は別途実費をいただきます。

イ) 支払方法

- ・ 当施設は前月料金の合計額の請求書および明細書を、郵送又はサービス利用時にお渡しします。利用者および連帯保証人は、連帯して、当施設に対し、当該合計額をその月の末日までにお支払いください。
- ・ 支払いの方法は銀行振込みを原則としますが、事情によっては現金での支払いにも対応いたします。施設職員にご相談下さい。

当事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 宏友会
代表者役職・氏名	理事長 矢島恭一
本部住所	〒999-8162 山形県酒田市上野曽根字上中割73番地 電話番号 0234-27-3306
定款の目的に 定められた事業	上田診療所 介護老人保健施設うらら 居宅介護支援事業所 上田診療所 在宅介護支援センター うらら 居宅介護支援事業所 在宅介護支援センターうらら 訪問介護サービス うららホームヘルプサービス 認知症対応型グループホーム ほなみ 酒田市地域包括支援センター ほくぶ 通所介護事業所 デイサービス あい・たくせい 喀痰吸引等登録研修機関

10. その他

①物品破損、紛失について

・持ち込み物品については原則個人管理となり、紛失及び破損については自己責任であることをご了解頂いた上で持ち込み、紛失及び破損の責任についても当施設は負わないこととなります。なお入所時の持ち込み及び追加物品の場合は随時説明と同意を得るものとします。

・当施設物品等における利用者に責任のある破損及び紛失の場合は、利用者又は家族（扶養者）、連帯保証人に損害を賠償していただきます。

②転院、受診、外出、外泊の送迎について

入所、退所（ご自宅等）を除く施設外への送迎は原則個人負担（介護タクシーなどの利用）とし、家族（扶養者）の付き添いを必要となります。例外としては要医療状態などであり、当施設の主治医より指示があった場合、介護計画上必要とするものについては当施設により送迎及び付き添いを行うこととします。

介護予防短期入所療養介護のサービス提供に当たり、利用者に対して契約書及び本誌面に基づき、重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

住 所 山形県酒田市本楯字前田127-2

名 称 老人保健施設うらら（介護保険事業者番号：0650880024）

医療法人 宏友会

代表者名

理事長 矢島 恭一

電話番号0234（28）3131 FAX0234（28）3232

令和 年 月 日

私は契約書及び本誌面により、事業者から介護保健施設サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

氏 名 _____

連帯保証人/身元引受人①

氏 名 _____

身元引受人②

氏 名 _____

後見人など（選任されている場合）

氏 名 _____

職 名 _____