

介護予防短期入所療養介護

重要事項説明書

医療法人社団 弘成会
介護老人保健施設
八千代ケアセンター

(令和6年11月1日改訂)

介護予防短期入所療養介護 重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

法人名	医療法人社団 弘成会
代表者名	理事長 玉元 弘次
所在地	千葉県船橋市三咲三丁目1番15号
連絡先	T E L 047-407-7515 F A X 047-401-7032

2. 事業所の概要

施設名	八千代ケアセンター
管理者名	川村 実
所在地	千葉県八千代市島田55-1
連絡先	T E L 047-488-8788 F A X 047-488-7077
開設年月日	平成11年2月1日
介護保険指定番号	介護老人保健施設（1250480020号）

3. 介護老人保健施設の目的と運営方針

（1）施設の目的

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、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、短期入所療養介護や通所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。

（2）運営方針

- ・高齢者が寝たきりになることや認知症の進行・症状の悪化を出来る限り予防し、自立した生活へ復帰するために必要な援助を行う。
- ・復帰目標を設定して計画を立て、医療・看護・介護・リハビリ等のチームが一体となったケアサービスを提供する。
- ・地域に密着した地域住民のための良い福祉と良い医療を提供する。

(3) 施設の職員体制

	員 数 (常勤換算)	業務内容
・医 師	1 人 (管理者と兼務)	利用者の健康管理、業務管理
・看護職員	10 人以上	利用者の看護
・薬剤師	0.3 人	薬の調剤、服薬指導
・介護職員	24 人以上	利用者の介護
・支援相談員	1 人以上	利用者や家族との相談援助
・理学療法士 ・作業療法士	1 人以上	リハビリテーションの実施
・管理栄養士	1 人	利用者の栄養管理
・介護支援専門員	1 人以上	ケアプラン策定
・事務職員	2 人	事務全般

(4) 入所定員等

- ・ 定員 100 名 (内ショートステイを含む)
- ・ 療養室 個室 12 室、4 人室 22 室

4. サービス内容

- ① 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 7 時 45 分～
昼食 11 時 45 分～
夕食 17 時 30 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。利用者は、週に 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 医学的管理・看護
- ⑤ 介護 (退所時の支援も行います)
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養状態の管理
- ⑨ 理美容サービス
- ⑩ 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ので、具体的にご相談ください。

5. 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 医療法人社団 誠馨会 セコメディック病院
- ・住 所 千葉県船橋市豊富 696-1

・協力歯科医療機関

- ・名 称 医療法人 愛育会 大門歯科
- ・住 所 千葉県鎌ヶ谷市鎌ヶ谷 1-8-2

◇緊急時の連絡先◇

なお、緊急の場合には、ご記入いただいた連絡先に連絡します。

○緊急連絡先○

第1連絡先	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	自宅 携帯
第2連絡先	氏 名	(続柄)
	住 所	
	電話番号	自宅 携帯

6. 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為、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、原則午前9時から午後6時ですが、感染症の流行等の理由により制限する場合がございます。
- ・ 消灯時間は、原則午後9時です。
- ・ 外出・外泊は感染症の流行等の理由により特別な事情を除き制限する場合がございます。

- ・ 外出の際は、所定の用紙にご記入をお願いします。
- ・ 設備・備品等のご利用は、ご相談ください。
- ・ 所持品等に、氏名のご記入をお願いします。
- ・ 金銭の管理は、ご利用者各人をお願いします。
- ・ 宗教活動は、禁止します。
- ・ ペットの持ち込みは、原則禁止します。
- ・ 他利用者への迷惑行為は、禁止します。
- ・ 飲酒・喫煙は、施設内禁止します。
- ・ 火気の取扱いは、施設内禁止します。
- ・ 職員へのハラスメント等は禁止します。

7. 非常災害対策

- ・ 出火時の対応 防火対応マニュアルに準ずる
- ・ 防火設備 自動火災報知器、消火器、防火扉、煙感知機、スプリンクラー、
屋内消火栓、避難階段、誘導灯
- ・ 防火訓練 年2回
- ・ 防火管理者 医療法人社団弘成会理事長からの任命を受けた防火管理者講習会受
講修了者

8. 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。

9. 要望及び苦情等の相談

当施設には要望及び苦情相談窓口として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。（電話 047-488-8788）また、ご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。

10. その他

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ご請求ください。

11. 事業所の概要

名称・法人種別	医療法人社団 弘成会
代表者氏名	理事長 玉元 弘次
本社所在地	千葉県船橋市三咲三丁目1番15号

介護予防短期入所療養介護のサービス内容

(令和6年11月1日現在)

1. 介護保険証の確認

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。

2. 介護予防短期入所療養介護の概要

介護予防短期入所療養介護は、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、利用者の療養生活で質の向上およ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、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・利用者の後見人、利用者の家族、身元引受人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. 利用料金

介護保険負担割合証により自己負担1割の方

(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日あたりの自己負担分です）

多床室の場合

- ・要支援1 641円
- ・要支援2 809円

個室の場合

- ・要支援1 605円
- ・要支援2 759円

(2) 加算料金

- ・送迎加算：入所および退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合に片道につき193円加算されます。
- ・個別リハビリテーション実施加算：個別リハビリテーションを実施した場合に1回につき251円加算されます。
- ・療養食加算：医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に1回につき9円加算されます。
- ・夜勤職員配置加算：1日につき25円加算されます。

- ・緊急時治療管理：利用者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、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に1日542円加算されます。
- ・サービス提供体制加算Ⅱ：利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上である場合、1日につき19円加算されます。
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に7.5%を乗じます。
- ・地域区分（八千代市）：5級地に該当しますので1単位10.45円の計算となります。

□ 介護保険負担割合証により自己負担2割の方

（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日あたりの自己負担分です）

多床室の場合

- ・要支援1 1,281円
- ・要支援2 1,618円

個室の場合

- ・要支援1 1,210円
- ・要支援2 1,518円

（2）加算料金

- ・送迎加算：入所および退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合に片道につき385円加算されます。
- ・個別リハビリテーション実施加算：個別リハビリテーションを実施した場合に1回につき502円加算されます。
- ・療養食加算：医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に1回につき17円加算されます。
- ・夜勤職員配置加算：1日につき50円加算されます。
- ・緊急時治療管理：利用者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、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に1日1,083円加算されます。
- ・サービス提供体制加算Ⅱ：利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上である場合、1日につき38円加算されます。
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に7.5%を乗じます。

・地域区分（八千代市）：5級地に該当しますので1単位 10.45 円の計算となります。

□ 介護保険負担割合証により自己負担3割の方

(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日あたりの自己負担分です）

多床室の場合

- ・要支援1 1,922 円
- ・要支援2 2,427 円

個室の場合

- ・要支援1 1,815 円
- ・要支援2 2,276 円

(2) 加算料金

- ・送迎加算：入所および退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合に片道につき 577 円加算されます。
- ・個別リハビリテーション実施加算：個別リハビリテーションを実施した場合に1回につき 753 円加算されます。
- ・療養食加算：医師の指示箋に基づく療養食を提供した場合に1回につき 25 円加算されます。
- ・夜勤職員配置加算：1日につき 75 円加算されます。
- ・緊急時治療管理：利用者の病状が重篤となり救命救急医療が必要となる場合において、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に1日 1,624 円加算されます。
- ・サービス提供体制加算Ⅱ：利用者に直接提供する職員の総数のうち、介護福祉士の割合が60%以上である場合、1日につき 57 円加算されます。
- ・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）：基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に7.5%を乗じます。
- ・地域区分（八千代市）：5級地に該当しますので1単位 10.45 円の計算となります。

(3) 介護保険対象外サービス費

- ① 食費／1日 ・朝食 410 円 ・昼食 720 円 ・夕食 620 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 1,900円 多床室 510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、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～3段階まで）の利用者の自己負担額については、（利用者負担説明書）をご覧ください。

③ 特別な室料 個室 1日当たり 2,050円

④ 理美容代 実費（カット1,760円 顔そり660円 毛染5,720円 パーマ7,480円）

⑤ 文書料 （入所証明書1,100円・その他証明書3,300円、死亡診断書11,000円）

⑥ 私物洗濯料 日常の衣類（業者） 1回750円（50cm×70cmのネット）

⑦ 私物洗濯料 日常の衣類（施設） 1枚100円

⑧ 電気使用料 テレビ・電気毛布等 1日100円

⑨ 日用雑貨費 1日270円

⑩ 教養娯楽費 1日250円

⑪ 歯科診療（医療保険）

（4）支払方法

毎月15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までに施設窓口での直接払い、銀行振り込み、自動引落としにてお支払い下さい。入金確認後領収書を発行します。

<振込先銀行> みずほ銀行 船橋支店（店番号282）

普通預金 1290476

口座名義 いりょうほうじんしゃだん こうせいかい 医療法人社団 弘成会

理事長 たまもと ひろつぐ 玉元 弘次

※振込にかかる手数料は、利用者の負担となります。

利用料の支払い方法：直接払い希望 銀行振込み希望 自動引落とし

請求書及び領収書の送付先：利用者住所 利用者住所以外

〒 _____

送付先住所 _____

送付先氏名 _____（続柄 _____）

電話番号 _____（自宅） _____（携帯）

<説明日>

令和 年 月 日

介護老人保健施設サービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

事業者 <住 所> 千葉県船橋市三咲三丁目1番15号
<事業者名> 医療法人社団 弘成会
理事長 玉元 弘次
<事業所名> 介護老人保健施設 八千代ケアセンター
<説明者名>

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、十分に理解した上で同意します。

<利用者>

<住 所> _____

<氏 名> _____

<身元引受人>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (続柄 _____)

利用者は、身体状況などにより署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が代わってその署名を代筆しました。

<署名代筆者>

<住 所> _____

<氏 名> _____ (続柄 _____)

