

—短期入所療養介護 重要事項説明書—

1 当施設が提供するサービスについての相談・苦情窓口

| |
|--|
| 担当者名：野口 和美 TEL：049-287-1155 FAX：049-287-9511 |
|--|

2 介護老人保健施設 やまぶきの郷の概要

(1) 名称及び事業所番号

| | |
|-------|-----------------------------|
| 事業所名 | 医療法人 靖和会 介護老人保健施設 やまぶきの郷 |
| 所在地 | 〒350-0246 埼玉県坂戸市多和目330番地 |
| 事業所番号 | 1156080022 |

(2) 職員体制

| 職 種 | 職員数 |
|-----------|-------|
| 管理者（医師兼任） | 1名 |
| 医師 | 1名以上 |
| 薬剤師 | 1名 |
| 理学療法士 | 2名以上 |
| 作業療法士 | 2名以上 |
| 管理栄養士 | 2名以上 |
| 看護職員 | 10名以上 |
| 介護職員 | 33名以上 |
| 介護支援専門員 | 2名以上 |
| 支援相談員 | 2名以上 |
| 事務職員 | 6名以上 |
| 施設課 | 9名以上 |
| | |
| | |

(3) 主な職種の勤務時間

| 職 種 | 勤 務 時 間 |
|---------------------------|----------------|
| 医師 | 週4日 8:30～17:30 |
| 薬剤師 | 日勤 10:00～16:00 |
| 介護職員 看護職員 | 早番 7:00～15:15 |
| | 日勤 8:45～17:00 |
| | 遅番 11:00～19:15 |
| | 夜勤 16:45～ 9:15 |
| 支援相談員 介護支援専門員 管理栄養士 | 日勤 8:45～17:00 |
| 事務職員 | 日勤 8:45～17:00 |
| | 当直 16:45～ 9:00 |

(4) 主な設備

| | | |
|-------------|-----------------|--------------|
| 定員 | 100名 | |
| 居 室 | 個室 | 40室 (13.64㎡) |
| | 2人室 | 6室 (19.33㎡) |
| | 4人室 | 12室 (36.49㎡) |
| 浴室 | 一般浴室と特殊浴室があります。 | |
| 診察室 | 理容・美容室 | |
| 機能訓練室 | 静養室 | |
| 談話室 | 家族相談室 | |
| 食堂 | ボランティア室 | |
| レクリエーションルーム | 洗濯室 | |

3 サービスの内容

(基本サービス)

| | |
|----------|--|
| 居室 | 個室・2人室・4人室の居室があります。利用者の状況等により、別途ご相談して決めさせていただきます。 |
| 食事 | 当施設では、管理栄養士の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事、おやつを提供します。 朝 食 7 : 3 0 ~ 8 : 3 0 昼 食 1 2 : 0 0 ~ 1 3 : 0 0 夕 食 1 8 : 0 0 ~ 1 9 : 0 0 |
| 入浴 | 週に2回入浴して頂けます。ただし、利用者の状態に応じて清拭となる場合があります。 |
| 介護 | ケアプランに沿って介護を行います。 (着替え・排泄・食事等の介助・おむつ交換・体位交換・シーツ交換・施設内の移動の付き添い 等) |
| 医療・看護 | 医師により定期診断を行います。 ただし、当施設では行えない処置や手術、その他症状が著しく変化した場合の医療については他の医療機関での治療となります。他の医療機関の受診又は往診については、当施設の医師が必要と判断した場合であり、診療にあたっては、原則として当施設の紹介状が必要となります。 |
| 薬剤 | 医師の指示による適切な管理提供 |
| 機能訓練 | 関連スタッフは、サービスを行う為に情報収集を行い、リハビリテーション実施計画原案を作成し、利用者又は家族の同意を得るものとします。サービス開始後2週間でアセスメント評価、計画、説明の同意を得て3ヵ月毎に生活状況の把握に努め適切なリハビリテーションを提供します。 |
| 生活相談 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| レクリエーション | 当施設では、レクリエーションとして、季節の行事や日々のレクリエーションを用意しています。 |

(追加サービス) ※利用者の同意を得て実施。

| | |
|----------|--|
| 認知症ケア | 日常生活に支障をきたす症状、行動又は意思疎通の困難さが見られる入所者に個別ケアなど行う。 |
| 個別リハビリ実施 | 在宅生活を継続するためにリハビリテーションを実施する。 |

4 利用料金

(1) 短期入所療養介護サービス利用料・基本サービス□

(個室)

| 介護度 | 基本サービス費 (1日あたり) | 1割負担 (円) | 2割負担 (円) | 3割負担 (円) |
|-------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| 要介護度1 | 753単位 | 774円 | 1,547円 | 2,320円 |
| 要介護度2 | 801単位 | 823円 | 1,646円 | 2,468円 |
| 要介護度3 | 864単位 | 888円 | 1,775円 | 2,662円 |
| 要介護度4 | 918単位 | 943円 | 1,886円 | 2,829円 |
| 要介護度5 | 971単位 | 998円 | 1,995円 | 2,992円 |

(2階・3階 2床室・4床室)

| 介護度 | 基本サービス費 (1日あたり) | 1割負担 (円) | 2割負担 (円) | 3割負担 (円) |
|-------|--------------------|-------------|-------------|-------------|
| 要介護度1 | 830単位 | 853円 | 1,705円 | 2,558円 |
| 要介護度2 | 880単位 | 904円 | 1,808円 | 2,712円 |
| 要介護度3 | 944単位 | 970円 | 1,939円 | 2,909円 |
| 要介護度4 | 997単位 | 1,024円 | 2,048円 | 3,072円 |
| 要介護度5 | 1,052単位 | 1,081円 | 2,161円 | 3,242円 |

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分(10.27円)を含んだ金額です。

(2) 短期入所療養介護サービス利用料・加算

| 項番 | 項目 | 補足説明 | 算定単位 | 料金(単位) | 1割負担(円) | 2割負担(円) | 3割負担(円) | |
|----|----------------------|--|--------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 1 | 夜勤配置加算 | | 1日 | 24単位 | 25円 | 50円 | 74円 | |
| 2 | 個別リハビリテーション 実施加算 | | 1日 | 240単位 | 247円 | 493円 | 740円 | |
| 3 | 認知症ケア加算 | | 1日 | 76単位 | 78円 | 156円 | 234円 | |
| 4 | 認知症行動・心理症状 緊急対応加算 | 7日を上限 | 1日 | 200単位 | 206円 | 411円 | 617円 | |
| 5 | 緊急短期入所受入加算 | 7日(やむを得ない時14日)を上限 | 1日 | 90単位 | 93円 | 185円 | 278円 | |
| 6 | 若年性認知症利用者 受入加算 | | 1日 | 120単位 | 124円 | 247円 | 370円 | |
| 7 | 重度療養管理加算(要介護4、5に限る) | | 1日 | 120単位 | 124円 | 247円 | 370円 | |
| 8 | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅰ) | | 1日 | 51単位 | 53円 | 105円 | 157円 | |
| | 在宅復帰・在宅療養支援機能加算(Ⅱ) | | 1日 | 51単位 | 53円 | 105円 | 157円 | |
| 9 | 送迎加算 | (片道あたり) | 1回 | 184単位 | 189円 | 378円 | 567円 | |
| 10 | 療養体制維持特別加算(Ⅰ) | | 1日 | 27単位 | 28円 | 56円 | 84円 | |
| | 療養体制維持特別加算(Ⅱ) | | 1日 | 57単位 | 59円 | 117円 | 176円 | |
| 11 | 総合医学管理加算 | 10日を上限 | 1日 | 275単位 | 283円 | 565円 | 848円 | |
| 12 | 口腔連携強化加算 | 1月につき1回限度 | 1回 | 50単位 | 52円 | 103円 | 154円 | |
| 13 | 療養食加算 | | 1食 | 8単位 | 9円 | 17円 | 25円 | |
| 14 | 認知症専門 ケア加算 | (1)認知症専門ケア加算(Ⅰ) | 1日 | 3単位 | 3円 | 6円 | 9円 | |
| | | (2)認知症専門ケア加算(Ⅱ) | 1日 | 4単位 | 5円 | 9円 | 13円 | |
| 15 | 緊急時施設療 養費 | (1)緊急時 治療管理 | 1月1回3日 限度 | 1日 | 518単位 | 532円 | 1,064円 | 1,596円 |
| | | (2)特定治療 | 診察代 | | | | | |
| 16 | (1)生産性向上推進体制加算(Ⅰ) | | 1月 | 100単位 | 103円 | 206円 | 309円 | |
| | (2)生産性向上推進体制加算(Ⅱ) | | 1月 | 10単位 | 11円 | 21円 | 31円 | |
| 17 | サービス提供 体制強化加算 | (1)介護福祉士80%以上 又は 勤続10年以上介護福祉士 35%以上 | 1日 | 22単位 | 23円 | 45円 | 68円 | |
| | | (2)介護福祉士60%以上 | 1日 | 18単位 | 19円 | 37円 | 56円 | |
| | | (3)介護福祉士50%以上 又は 常勤職員75%以上 又は 勤続 7年以上30% | 1日 | 6単位 | 7円 | 13円 | 19円 | |
| 18 | 介護職員等 処遇改善加算 | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)イ | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [9.0%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 | |
| | | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)ロ | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [9.7%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 | |
| | | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)イ | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [8.6%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 | |
| | | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)ロ | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [9.3%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 | |
| | | 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [6.9%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 | |

| | | | | | | |
|--|---------------------|----|-------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | 介護職員等処遇改善加算 (IV) | 1月 | 所定単位数 ×加算率 [5.9%] | 左記 相当額 | 左記 相当額 | 左記 相当額 |
|--|---------------------|----|-------------------------|-----------|-----------|-----------|

※今後、介護保険法が改定された場合は変更となります。

※上記表中の円換算した数値は、地域区分（10.27円）を含んだ金額です。

※上記表は該当する項目のみ算定致します。

(3) 保険外負担のサービス

(ア) 室料・居住費（1日あたり）

| 階 | 種類 | 室料 (消費税込) | 居住費 (非課税) |
|----|-----------|--------------|--------------|
| 2F | 個室 | 1,500円 | 1,750円 |
| | 2床室 | 600円 | 750円 |
| | 4床室 | | 750円 |
| 3F | 個室（認知症棟） | | 1,750円 |
| | 多床室（認知症棟） | | 750円 |

（但し、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額）

(イ) 食事自己負担金（1日あたり）

※非課税

| | |
|----------|--------|
| 朝食 | 420円 |
| 昼食（おやつ含） | 800円 |
| 夕食 | 700円 |
| 合計 | 1,920円 |

（但し、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居住費額）

(ウ) その他

| | | |
|------------------------|--------|-------|
| 教養娯楽費 | 170円/日 | ※1 |
| 日用品費 | 220円/日 | |
| 理美容代（1回 基本料金） | 2,200円 | |
| 電気代（1品） ※2F個室の場合は無料 | 20円/日 | ※消費税込 |
| 特別希望選択食 | 実費 | |

※1：①教養娯楽費…誕生会、春まつり、クリスマス会、レク等に関わる費用。

②日用品費…入浴利用品、日用生活に必要な物等。

(4) お支払い額計算方法について

支払合計額 = [(所定単位数 + 介護職員等処遇改善加算) × 地域区分]

− [(所定単位数 + 介護職員等処遇改善加算) × 地域区分] × 負担割合]

+ その他費用等

※ 小数点以下は切り捨てる。

・ 所定単位数 = 基本サービス費 + その他加算

・ 介護職員等処遇改善加算 = 所定単位数 × 加算率

※ 小数点以下は四捨五入する

※ 介護職員等処遇改善加算は介護職員等処遇改善加算 I

・ 地域区分 = 10.27

・ 負担割合 = 0.9 (1割負担)、0.8 (2割負担)、0.7 (3割負担)

※ 「介護保険負担割合証」に記載されている割合

・ その他費用 = 保険外負担サービスは、教養娯楽費・日用品費・その他

5 お支払い方法

利用料は月末締めで計算の上、翌月10日頃にご連絡申し上げます。原則、口座引落とし（利用月の翌月23日・・・銀行休日の場合は翌営業日）にてお支払いいただきます。口座引落としで決済出来ない場合は、その月の末までに窓口もしくは銀行振込み（**武蔵野銀行日高支店 普通預金128676 名義 医療法人靖和会**）でお支払い下さい。口座引落手数料、銀行振込み手数料はご負担をお願い致します。

6 非常災害時の対策

- ・当施設が定める消防計画にのっとり対応しています。
- ・防災設備 : スプリンクラー、避難階段、自動火災報知器、誘導灯、防火扉、屋内消火栓、非常通報装置、非常用電源、防災性能のあるカーテンや布団、非常食（3日分）等を使用。
- ・防火管理者 : 角館 嘉明

7 協力医療機関

病状急変時及び受診が必要な場合には下記の医療機関に御協力していただいています。

- * 飯能靖和病院 飯能市下加治137-2 042-974-2311
- * 飯能整形外科病院 飯能市東町12-2 042-975-7575
- * 西坂戸歯科医院 埼玉県坂戸市西坂戸2-5-7 049-286-9006

8 ご利用の際にご留意いただく事項

- ・面会時間は、原則として午前10時から午後7時までとなっております。
- ・面会の方は、一階事務室受付の面会簿に記入して下さい。
- ・お見舞い品（特に食べ物や金銭）は職員とご相談の上でお願いします。
- ・医師とお会いになりたい方は、あらかじめ日時を職員とご相談下さい。
- ・外出・外泊される際には、必ず行き先と帰宅日時を職員に申し出て下さい。その際、届出書にご記入をお願いします。
- ・貴重品（現金、貴金属等）、危険物（たばこ、マッチ、ナイフ、缶切り、はさみ等）の持ち込みはお断りします。
- ・利用者様の喫煙・飲酒は固くお断りします。
- ・他の利用者様に悪影響を及ぼすような行為や暴力行為、示威行動はお断り致します。
- ・施設内の宗教活動、政治活動はご遠慮下さい。
- ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法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、弁償していただくことがあります。
- ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りいたします。

9 送迎の実施地域

通常の事業の実施地域は以下の通り

- ・坂戸市、日高市、鶴ヶ島市、越生町、毛呂山町、鳩山町

10 その他

- (1) 職員体制・・・職員人数に関しては若干の変動があります。
- (2) 当施設以外では、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会等でも相談することができます。

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| ○坂戸市役所 高齢者福祉課 介護保険担当 | ○日高市役所 介護保険担当 |
| TEL : 049 - 283 - 1429 (直通) | TEL : 042 - 989 - 2111 |
| FAX : 049 - 283 - 1830 | FAX : 042 - 989 - 2316 |
| ○鶴ヶ島市役所 介護保険担当 | ○越生町役場 介護保険担当 |
| TEL : 049 - 271 - 1111 | TEL : 049 - 292 - 3121 |
| FAX : 049 - 271 - 1190 | FAX : 049 - 292 - 5400 |
| ○毛呂山町役場 介護保険担当 | ○鳩山町役場 介護保険担当 |
| TEL : 049 - 295 - 2112 | TEL : 049 - 296 - 1211 |
| FAX : 049 - 295 - 0771 | FAX : 049 - 296 - 2594 |
| ○埼玉県国民健康保険団体連合会 | |
| 介護福祉課 苦情対応係 相談窓口 | |
| TEL : 048 - 824 - 2536 | |
| FAX : 048 - 824 - 2561 | |