

短期入所療養介護事業所重要事項説明書

<令和 6 年 8 月 1 日現在>

1 事業者（法人）の概要

| | |
|---------|---|
| 名称・法人種別 | 社会医療法人 同愛会 |
| 代表者名 | 理事長 石部 裕一 |
| 所在地・連絡先 | (住所) 鳥取県米子市両三柳 1 8 8 0 番地 (電話) 0859-29-1100 (FAX) 0859-29-6322 |

2 事業所（ご利用施設）

| | |
|---------|--|
| 施設の名称 | 指定介護短期入所療養介護事業所ショートステイやわらぎ |
| 所在地・連絡先 | (住所) 鳥取県米子市新開 4 丁目 1 1 - 1 3 (電話) 0859-31-1000 (FAX) 0859-31-1003 |
| 事業所番号 | 3150280091 |
| 施設長の氏名 | 大村 宏 |

3 施設の目的及び運営方針

(1) 施設の目的

当施設は、施設サービス計画に基づいて、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世話をを行うことにより、入所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にすることとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものである。

(2) 運営方針

当施設は、入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場にたつて介護保険施設サービスの提供に努める。

当施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。

4 施設の概要

(1) 構造等

| | | |
|----|-------|------------------------|
| 敷地 | | 2759.54 m ² |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート造3階建て |
| | 延べ床面積 | 3087.02 m ² |
| | 利用定員 | 77名（入所・ユニット型老健含む） |

(2) 療養室

| 療養室の種類 | 室数 | 面積（一人あたりの面積） | 備考 |
|--------|----|---|-----------|
| 一人部屋 | 5 | 11.39 m ² | ナースコールを設置 |
| | | 13.38 m ² | |
| | | 16.00 m ² | |
| 二人部屋 | 5 | 17.63 m ² (9.56 m ²) | ナースコールを設置 |
| | | 22.61 m ² | |
| | | 18.61 m ² | |
| 四人部屋 | 13 | 34.37 m ² (8.93 m ²) | ナースコールを設置 |
| | | 37.08 m ² | |
| | | 35.57 m ² | |
| | | 35.81 m ² | |

(3) 主な設備

| 設備 | 室数 | 備考 |
|--------------|----|--|
| 食堂 | 1 | 面積：144.00 m ² （一人あたりの面積：2.14 m ² ） |
| 機能訓練室 | 1 | 面積：83.06 m ² （一人あたりの面積：1.07 m ² ） |
| 浴室 | 1 | 臥床式浴槽1台設置 |
| 診察室 | 1 | |
| 談話室 | 1 | |
| レクリエーション・ルーム | 1 | |
| 洗面所 | 4 | |
| 便所 | 4 | ブザー、常夜灯を設置 |

5 施設の職員体制（令和6年4月1日現在）

| 従業者の職種 | 人数 (人) | 区 分 | | | | | | 職務内容 |
|--------------|-----------|-----|----|------|------|----|-----|-----------|
| | | 常勤者 | | | 非常勤者 | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 換算数 | 専従 | 兼務 | 換算数 | |
| 施設長 | 1 | | 1 | 0.6 | | | | 施設の運営・統括 |
| 医師 | 1 | | 1 | 0.6 | | | | 利用者の療養指導 |
| 薬剤師 | 1 | | | | 1 | | 0.1 | 利用者の服薬指導 |
| 看護職員 | 8 | 8 | | 7.8 | | | | 利用者の看護 |
| 准看護師 | 1 | 1 | | 1.0 | | | | 利用者の看護 |
| 介護福祉士 | 21 | 17 | 4 | 21.0 | | | | 利用者の介護 |
| 介護士 | 3 | 3 | | 2.7 | | | | 利用者の介護 |
| 支援相談員 | 2 | | 2 | 1.4 | | | | 相談援助業務 |
| 理学療法士 | 3 | 2 | 1 | 1.0 | | | | 理学療法の実施 |
| 作業療法士 | 5 | 4 | 1 | 2.3 | | | | 作業療法の実施 |
| 言語聴覚士 | 1 | | | | 1 | | 0.2 | 言語聴覚訓練の実施 |
| 管理栄養士 | 2 | 2 | | 1.1 | | | | 利用者の栄養管理 |
| 事務員その他従業員 | 8 | 6 | 3 | 3.8 | | | | 庶務・援助業務 |
| 介護支援専門員（再掲含） | 9 | | 9 | 7.2 | | | | ケアプラン作成 |

6 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 |
|---------|--------------------------------|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 |
| 医師 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 |
| 薬剤師 | 協力病院である博愛病院から随時服薬指導にあたります。 |
| 看護師等 | 早番（7：00～15：30） 日勤（8：30～17：00） |
| 介護福祉士等 | 遅番（11：30～20：00） 夜勤（16：30～9：00） |
| 支援相談員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 |
| 理学療法士 | 正規の勤務時間帯（9：00～17：30）常勤で勤務 |
| 作業療法士 | 正規の勤務時間帯（9：00～17：30）常勤で勤務 |
| 管理栄養士 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：00）常勤で勤務 |
| 介護支援専門員 | 正規の勤務時間帯（9：00～17：30）常勤で勤務 |

7 施設サービスの内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

① サービス内容

| 種 類 | 内 容 |
|------------|--|
| 食 事 | (食事時間) 朝食 7:30 昼食 12:00 夕食 17:30 栄養士の立てる献立表により、栄養と入所者の身体状況に配慮した食事を提供します |
| 医療・看護 | 医師により、毎日診察を行います。 ただし、当施設では行えない処置（透析等）や手術、その他病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。 |
| 機能訓練 | 理学療法士、作業療法士により入所者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 <当施設の保有するリハビリ器具> 歩行器 15台 車いす 53台 老人車 10台 |
| 入 浴 | ご利用日数に応じて入浴又は清拭を行います。 寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 排 泄 | 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 離床、着替え、整容等 | 寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助をします。 シーツ交換は週1回（火曜日か水曜日）実施します。 |
| レクリエーション | 工作レク・音楽レク・ゲーム・運動レク・体操など |
| 相談及び援助 | 入所者とその家族からのご相談に応じます。 |

② サービス費用（介護保険負担割合証に準じて変動）

【基本型老健基本料金】（負担割合 1 割・1 日分の金額）

| 介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----|-------|-------|-------|-------|---------|
| 多床室 | 830 円 | 880 円 | 944 円 | 997 円 | 1,052 円 |
| 個 室 | 753 円 | 801 円 | 864 円 | 918 円 | 971 円 |

【在宅強化型基本料金】（負担割合 1 割・1 日分の金額）

| 介護度 | 要介護 1 | 要介護 2 | 要介護 3 | 要介護 4 | 要介護 5 |
|-----|-------|-------|---------|---------|---------|
| 多床室 | 902 円 | 979 円 | 1,044 円 | 1,102 円 | 1,161 円 |
| 個 室 | 819 円 | 893 円 | 958 円 | 1,017 円 | 1,074 円 |

【加算料金】（負担割合 1 割分の金額）

| 種 類 | 利 用 料 |
|---------------------|-------------------|
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 2 2 円／日 |
| 夜勤職員配置加算 | 2 4 円／日 |
| 療養食加算 | 8 円／食 |
| 認知症行動・心理症状緊急対応加算 | 2 0 0 円／日 |
| 緊急短期入所受入加算 | 9 0 円／日 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ） | 5 1 円／日 |
| 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ） | 5 1 円／日 |
| 送迎加算 | 1 8 4 円／片道につき |
| 重度療養管理加算 | 1 2 0 円／日 |
| 口腔連携強化加算 | 5 0 円／月 |
| 総合医学管理加算（限度 1 0 日間） | 2 7 5 円／日 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 1 0 0 円／月 |
| 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 1 0 円／月 |
| 個別リハビリテーション実施加算 | 2 4 0 円／日 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数 7.5%を乗じた単位数 |

(2) 介護保険給付対象外サービス (利用料の全額を負担していただきます。)

【居住費】

| | | | |
|-------------|-------|------|--------------------------------|
| 多床室 (1日につき) | 階層② | 430円 | 確認 <input type="checkbox"/> |
| | 階層③ | 430円 | |
| | 階層④以上 | 450円 | |

| | | | |
|------------|-------|--------|--------------------------------|
| 個室 (1日につき) | 階層① | 550円 | 確認 <input type="checkbox"/> |
| | 階層② | | |
| | 階層③ | 1,370円 | |
| | 階層④以上 | 1,950円 | |

【食事代】

| | | | |
|---------------------------|--------|--------|--------------------------------|
| 食事サービス (1日につき) 階層①～③の方 | 階層① | 300円 | 確認 <input type="checkbox"/> |
| | 階層② | 600円 | |
| | 階層③ I | 1,000円 | |
| | 階層③ II | 1,300円 | |

| | | | | |
|--------------------------|-----|----|------|--------------------------------|
| 食事サービス (毎食ごと) 階層④以上の方 | 階層④ | 朝食 | 500円 | 確認 <input type="checkbox"/> |
| | | 昼食 | 800円 | |
| | | 夕食 | 800円 | |

【日常生活費】

| | | | |
|---------------|---|------|--------------------------------|
| 日常生活費 (1日につき) | 施設が用意する身の回り品 (義歯洗浄剤、口腔ケア用ティッシュ、デンタルリンス、綿棒、保湿剤、ストロー、おしぼり、爪切り、ボテソープ、リンスインシャンプー、食食用エプロン、手指消毒剤等) をご利用いただく場合 | 350円 | 確認 <input type="checkbox"/> |
|---------------|---|------|--------------------------------|

利用者負担額

あなたが支払う利用者負担額は、以下の通りです。

介護保険適用分

| 区分 | |
|--------|---|
| 多床室の場合 | 円 |
| 個室の場合 | 円 |
| 加算部分 | 円 |

介護保険適用分の利用者負担額は概算_____円となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。サービス提供証明書及び領収証は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

保険適用外分

| 区分 | |
|-------|---|
| 多床室 | 円 |
| 個室 | 円 |
| 食事代 | 円 |
| 日常生活費 | 円 |

介護保険適用外の利用者負担額は概算_____円となります。

(3) 負担限度額認定対象者について

特定入所者介護サービス費制度による介護負担限度額認定を受けている場合、上記利用者負担階層の階層①から階層③に該当する場合があります。

負担限度額認定対象者については以下の条件を必要としております。

| | |
|--------|--|
| 階層① | <ul style="list-style-type: none">・ 老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税・ 生活保護の受給者等 |
| 階層② | <ul style="list-style-type: none">・ 世帯全員が住民税非課税で課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万以下の方 |
| 階層③ I | <ul style="list-style-type: none">・ 世帯全員が住民税非課税で上記②に該当しない方 (課税年金収入が80万円超120万円以下の方) |
| 階層③ II | <ul style="list-style-type: none">・ 世帯全員が住民税非課税で上記②に該当しない方 (課税年金収入が120万円超の方) |

ご不明な点等がございましたら、介護支援専門員、市町村役場担当課もしくは当施設職員までご相談下さい。

なお、お支払い頂く1割負担に関しましても全国统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)や配置する職員の数、認知症専門の施設(認知症専門棟加算)で異なりますし、利用料も施設ごとの設定となっております。

【その他費用】該当される方に発生する料金(全額負担)

| 種 類 | 内 容 | 利 用 料 |
|----------|----------------------------------|----------|
| 電気代 | 個人的にご利用いただく電化製品にかかる費用 (品目無制限) | 120円/日 |
| テレビレンタル代 | 居室用にテレビをレンタルされる場合(電気代別) | 120円/日 |
| 洗濯代 | 私物の洗濯を業者に委託される場合 | 4,400円/月 |
| 理 髪 | 毎月7回程度、理髪サービスをご利用いただけます。 | 1,700円/回 |

8 利用料等のお支払方法

毎月、10日以降に「7 施設サービスの内容と費用」に記載の金額を基に算定した前月の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、月末までに直接、施設の窓口にてお支払い下さい。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | |
|-----------------|---|
| 当 事 業 所 相 談 窓 口 | 窓口責任者 大村宏・土井恵子・美澤憲章 ご利用時間 9：00～17：30 ※上記時間外はその他職員にお申出下さい ご利用方法 電話（31-1000） 面接（当施設1階相談室） 苦情箱（事務所横に設置） |
| 長 寿 社 会 課 | 米子市加茂町1丁目1番地 （米子市役所本庁舎1階 14番窓口） ご利用方法 電話 0859-23-5131 FAX 0859-23-5012 |
| 鳥取県国民健康保険団体連合会 | 鳥取市立川町6丁目176番地 （鳥取県東部庁舎5階） ご利用方法 電話 0857-20-3680 FAX 0857-29-6115 |

10 非常災害時の対策

| | | | | |
|------------|--|------|-----------|-----|
| 非常時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設やわらぎ 自衛消防計画」にて対応を行います。 | | | |
| 避難訓練及び防災設備 | 別途定める「介護老人保健施設やわらぎ 自衛消防計画」にて対応し年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を、入所者の方も参加して行います。 | | | |
| | 設備名称 | 個数等 | 設備名称 | 個数等 |
| | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | 3箇所 |
| | 避難階段 | 3箇所 | 屋内消火栓 | あり |
| | 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
| | 誘導灯 | 24箇所 | | |
| | カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | 米子消防署への届出日：令和5年8月29日 防火管理者：美澤 憲章 | | | |

1 1 感染症管理体制

| | |
|--------|--|
| 発生時の対応 | 別途定める「介護老人保健施設やわらぎ 感染予防マニュアル」にて対応し、米子保健所等に報告いたします。 |
| 平常時の対策 | 別途定める「介護老人保健施設やわらぎ 感染予防マニュアル」・厚生労働省策定・鳥取県福祉保健部による「高齢者介護施設における感染対策マニュアル」に基づき運営基準を設け対応方策明確化しております。 |

1 2 介護事故に対する安全管理体制について

| | |
|-----|---|
| 対 応 | 別途定める「介護老人保健施設やわらぎ 安全管理体制マニュアル」に基づき運営基準を設け管理体制を明確化しております。 |
|-----|---|

1 3 協力医療機関等

| | | |
|------|---------|---|
| 医療機関 | 病院及び所在地 | 博愛病院 米子市両三柳 1880 |
| | 電話番号 | 0859-29-1100 |
| | 診療科 | 内・胃腸・外・小児・婦人・整形外・泌尿器・神経内・眼・皮膚・消化器・呼吸器・循環器・リハ・麻酔・放射線 |
| | 入院設備 | あり 199床 |
| 歯科医院 | 病院及び所在地 | けやき歯科 米子市新開 7-5-37 |
| | 電話番号 | 0859-36-8322 |

1 4 施設の利用にあたっての留意事項

| | |
|-------------|--|
| 来訪・面会 | 面会時間 9:00~21:00 来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度職員に届け出てください。 来訪者が宿泊される場合には、必ず許可を得てください。 |
| 外出・外泊 | 外出・外泊の際には、必ず行く先と帰宅日時を職員に申し出てください。 |
| 居室・設備・器具の利用 | 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、弁償していただく場合があります。 |
| 喫煙 | 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。 |
| 迷惑行為等 | 騒音等他の入所者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の入所者の居室等に立ち入らないでください。 |
| 所持金品の管理 | 所持金品は、自己の責任で管理してください。 |
| 宗教活動・政治活動 | 施設内での他の入所者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 施設内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。 |

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護短期入所療養介護事業所のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

説明者 支援相談員 印

令和 年 月 日

| | | |
|-------|----------|------------------|
| 事業者 乙 | 住 所 | 鳥取県米子市新開 4-11-13 |
| | 事業者（法人）名 | 社会医療法人同愛会 |
| | 事業所名 | ショートステイやわらぎ |
| | 事業所番号 | 3150280091 |
| | 代表者名 | 施設長 大村 宏 印 |

私は、重要事項説明書に基づいて、介護短期入所療養介護事業所のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 甲 住 所
氏 名 印

代理人（選任した場合） 住 所
氏 名 印