

短期入所療養介護重要事項説明書

<令和6年6月1日>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人昭圭会
代表者名	理事長 伊藤 秀裕
所在地・連絡先	(住所) 〒659-0034 芦屋市陽光町3番21号 (電話) 0797-22-4040 (FAX) 0797-31-8202

2 事業所（ご利用施設）

施設の名称	介護老人保健施設 さくらの園 平成11年5月1日開設
所在地・連絡先	(住所) 〒659-0034 芦屋市陽光町3番21号 (電話) 0797-21-5181 (FAX) 0797-23-6117
事業所番号	2851080016
管理者の氏名	保津 眞一郎

3 介護老人保健施設さくらの園の目的と運営の方針

医療法人昭圭会が開設する介護老人保健施設さくらの園（以下「事業所」という）が行う指定介護老人保健施設（以下「施設」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、入所者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、医学的管理の下における短期入所療養介護サービスを提供し、入所者の療養生活の質の向上及び入所者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。

4 事業所の概要

(1) 構造等

敷 地		2811.0m ²
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造5階建（耐火建築）
	延べ床面積	1455.031m ²
	利用定員	50名

(2) 居室

居室の種類	室数	面積（一人あたりの面積）	備考
1人部屋	6室	75.4m ² （12.56m ² ）	ナースコールを設置
2人部屋	2室	36.24m ² （9.06m ² ）	ナースコールを設置
4人部屋	10室	331.31m ² （8.27m ² ）	ナースコールを設置

(3) 主な設備

設 備	室数	面積 (一人あたりの面積)	備考
食 堂	1 室	1 2 0 . 6 5 m ² (2 . 0 1 m ²)	
機能訓練室	1 室	1 0 9 . 3 5 m ² (1 . 8 2 m ²)	
浴 室	1 室	5 1 . 5 3 m ²	特別浴槽 1 台設置
診 察 室	1 室	8 . 2 5 m ²	
談 話 室	1 室	3 5 . 1 7 m ²	

(4) 通常の送迎の実施地域

芦 屋 市

5 施設の職員体制 (※注 介護老人保健施設における短期入所療養介護の場合)

従業者の職種	人数	区分 常勤 (人) 非常勤 (人)	常勤 換算	職 務 内 容
施設長 医 師	1	常勤にて医師と兼務	1.0	利用者の健康管理
薬剤師	1	常勤にて併設病院兼務 2 名	0.2	調剤業務及び利用者の服薬指導業務
看護職員	7	常勤にて勤務	7	利用者の保健衛生並びに看護業務
介護職員	16	常勤非常勤にて勤務	16.5	日常生活全般にわたる介護業務
支援相談員	1	常勤にて勤務	1	利用者に対する相談指導業務
介護支援専門員	1	常勤にて勤務	2	利用者に対するケアプラン作成業務
作業療法士	2	常勤にて勤務	2	利用者に対する作業療法業務
理学療法士	1	常勤にて勤務	0.5	利用者に対する理学療法業務
管理栄養士	1	常勤にて勤務	1	利用者の栄養管理・指導業務
事務員	1	常勤にて勤務	1	事務処理を行う

6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休暇
施 設 長	(8 : 45～17 : 00) 兼務常勤で勤務します。	4 週 8 休
医 師	週 5 日 (8 : 45～17 : 00) 兼務常勤で勤務します。	4 週 8 休
薬 剤 師	週 5 日 (13 : 00～15 : 00) 兼務常勤で勤務します。	4 週 8 休
看護職員	日勤 (8:45～17:00) 夜勤 (16 : 45～9 : 00) 夜間帯 (19 : 00～8 : 45) は 1 名にて対応します。	4 週 8 休
介護職員	早出 (7 : 15～15 : 30) 夜勤 (16 : 45～9 : 00) 日勤 (8 : 45～17 : 00) 遅出 (10 : 45～19 : 00) 昼間帯 (7 : 00～19 : 00) は、原則として職員 1 名あたり 7 名の対応をいたします。 夜間帯 (19 : 00～7 : 15) は、原則として職員 2 名にて 対応いたします。	4 週 8 休
理学、作業療法士	8 : 4 5 ～ 1 7 : 0 0 常勤で勤務します	4 週 8 休
介護支援専門員	8 : 4 5 ～ 1 7 : 0 0 常勤で勤務します	4 週 8 休
管理栄養士	8 : 4 5 ～ 1 7 : 0 0 常勤で勤務します	4 週 8 休

7 短期入所療養介護の内容と費用

(1) 介護保険給付対象サービス

ア サービス内容

種 類	内 容
食 事	(食事時間) 朝食 7:30～8:30 昼食 11:45～12:45 夕食 17:30～18:30 管理栄養士の立てる献立により、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、1日に1回定期診察を行います。 それ以外でも必要がある場合にはいつでも診察を受け付けます。(介護老人保健施設における短期入所療養介護の場合) 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・平行棒・滑車・プラットホーム・マイクロ干渉低周波・SSP・車椅子・牽引器(頸椎・腰椎)
入 浴	週2回の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。
レクリエーション	当施設では、必要な教養娯楽設備を整えとともに施設での生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーションでの生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。
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。
緊急時のショート	在宅で療養している要介護者の困難時に緊急ショートを受け入れます。
送 迎	利用者の心身の状態、ご家族等の事情等から見て送迎を行うことが必要な場合、送迎を行います。
口腔機能ケアサービス	口腔機能の向上、改善のため毎食後に口腔ケアを行います

イ 費用

原則として料金表の利用料金の1割分又は2割分又は3割分(介護保険負担割合証にて確認)が利用者の負担額となります。

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、料金表の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。

【料金表】

芦屋市の施設においては介護保険給付単位数（合計分）に 10.68 円を乗じた額（少数点以下切捨て）1 割分又は 2 割分又は 3 割分（介護保険負担割合証にて確認）がご利用者様の負担となります。

多床室 介護老人保健施設短期入所療養介護（Ⅲ）サービス費 1 日につき

要介護 1	886 円	要介護 2	940 円	要介護 3	1,008 円
要介護 4	1,065 円	要介護 5	1,124 円		

1 単位 10 円 68 銭

送迎加算（片道）	184 単位
個別リハビリテーション実施加算	240 単位
夜勤体制加算（20 名に 1 名以上職員勤務）	24 単位
在宅復帰在宅療養支援機能加算 I	51 単位
サービス提供体制強化加算（I）介護職員の総数のうち介護福祉士 60%勤務	18 単位
療養食加算（1 食 8 単位×3 食）	24 単位
介護職員等処遇改善加算 I 所定単位数（総合計）の 7.5%加算	

（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。

種 類	内 容	利 用 料
理髪・美容	毎月 1 回へアーサロンヨシムラ訪問 へアーカットサービス理髪店の出張 サービスを利用いただけます。	理髪サービス 1 回 1600 円
レクリエーション行事	主なレクリエーション行事 折り紙・ぬりえ・はりえ・ボール遊び・歌 音楽療法・かるた・トランプ・輪投げ	
日常品の購入代	別紙参照	
食費	下記別表のとおり	
居住費	下記別表のとおり	
特別な居室	個室、2 人部屋をご用意しており ます。（利用者との契約）	個室 1 日 3600 円 2 人室 1 日 2320 円

(別表)

住居費及び食費の額は下記のとおりです。 日額

		利用者負担 第1段階 (負担限度額)	利用者負担 第2段階 (負担限度額)	利用者負担 第3段階① (負担限度額)	利用者負担 第3段階② (負担限度額)	利用者負担 第4段階 (負担限度額)	特定入所者介護サービス費 の償還給付を受ける者
居 住 費	従来型個室	550 円	550 円	1370 円	1370 円	1700 円	1700 円
	多床室	0 円	430 円	430 円	430 円	430 円	430 円
食費		300 円	390 円	1000 円	1300 円	2100 円	1445 円

その他短期入所療養介護の中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

保険適用外部分については、必ず1ヶ月前に文書にて連絡いたします。

キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合でもキャンセル料はいただきません。

8 利用料等のお支払方法

退所時、送迎の際お支払いいただくか、又は月初めに前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたしますので、下記口座に振り込み送金してお支払いください。

※銀行振込の場合（お振込み確認後、領収書を送付いたします）

振込先

日 新 信 用 金 庫 魚 崎 支 店

口座番号 (普通) 023 (店番) 241045 (口座番号)

イリョウハウジン

ショウケイカイ

ロウジンホケンシセツ

サクラノソノ

口座名義 医療法人

昭圭会

老人保健施設

さくらの園

※ 入金確認後、領収証を発行します。

9 サービス内容に関する相談及び苦情等相談窓口

当施設お客様相談窓口	窓口担当者 事務長 堂代 道則 看護部長 与倉 まちほ 看護師長 平田 美鈴
	ご相談や苦情等は、お寄せいただければ速やかに対応します。 またご意見箱をご利用いただいても対応します。 ご利用時間 9:30～17:00 ご利用方法 電話(0797-21-5181) 面接(当施設5階老健事務所) ご意見箱(4階ステーション前・ 5階老健事務所前に設置)

苦情等相談窓口

兵庫県阪神南県民局

TEL0797-32-0707

芦屋市役所介護保険課 代表

TEL0797-31-2121

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「医療法人 昭圭会 消防計画」にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める「医療法人 昭圭会 消防計画」にのっとり年2回夜間及び昼間を想定した避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	全館あり	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	1 個所	屋内消火栓	あり
	自動火災報知機	あり	非常通報装置	あり
	誘導灯	1 5 個所	非常用電源	あり
	カーテン、布団等は防災加工のあるものを使用しています。			
消防計画等	芦屋市消防署への届出日：平成 年 月 日 防火管理者：平島 裕司			

11 施設の利用にあたっての留意事項

来訪・面会	面会時間 11:00 ~ 18:00 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。面会帖に記載をお願いします。 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	外出の際には、必ず行く先と戻られる時間を職員に申し出てください。外出、外泊届をだしてください。
居室・設備・器具の利用	事業所内の居室や設備、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	施設内は全面禁煙です。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。 また、むやみに他の利用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	事業所内での他の利用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。

12 秘密保持及び個人情報の使用

ご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報については、生命・身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて第三者に漏らすことはありません
 また従業者が業務上知り得た秘密及び個人情報は、従業者でなくなった後においても第三者に漏らすことはありません。

13 協力医療機関等

医療機関	病 院 名	南芦屋浜病院
	所 在 地	芦屋市陽光町 3 番 2 1 号
	院 長 名	伊藤 昭裕
	電話番号	0797-22-4040
歯 科	診療科	内科・整形外科・脳神経外科・外科・リハビリテーション科
	入院設備	ベッド 83 床
	病 院 名	坪内歯科医院
	所 在 地	芦屋市精道町 6-10
	院 長 名	坪内 英之
	電話番号	0797-22-1712
	入院設備	なし

14 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

サービスの利用にあたっては、利用を希望する期間の初日の2ヶ月前から、利用する期間を明示して申し込むことができます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

住 所 芦屋市陽光町 3 番 2 1 号

事業者（法人）名 医療法人 昭圭会
施設名 介護老人保健施設 さくらの園
（事業所番号） 2 8 5 1 0 8 0 0 1 6

代表者名 伊 藤 秀 裕 印

説 明 者

職 名 支 援 相 談 員

氏 名 堂代 道則 印

私は、重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護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

氏 名

立会人（家族等）

氏 名