

短期入所療養介護重要事項説明書 介護予防短期入所療養介護重要事項説明書

(令和 7年 2月 16日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

○ 施設名	老人保健施設 明陽苑
○ 開設年月日	平成8年4月24日
○ 所在地	豊橋市八通町64番地の3
○ 電話番号	0532-33-3121
○ ファックス番号	0532-33-3152
○ 管理者名	施設長 山田 一義
○ 介護保険指定番号	2352080036

(2) 目的と運営方針

当施設は、要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むための支援を必要とする者(以下、利用者)に対し、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。

[老人保健施設 明陽苑の運営方針]

- ① 利用者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、施設サービス計画に基づいて、医学的管理の下における機能訓練、看護、介護その他日常的に必要とされる医療並びに日常生活上の世話をを行い、居宅における生活への復帰を目指します。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外、原則として利用者に対し身体拘束を行いません。
- ③ 地域の中核施設となるべく、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携をはかり、利用者が地域において統合的サービス提供を受けることができるよう努めます。
- ④ 明るい家庭的雰囲気重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごすことができるようサービス提供に努めます。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともに、利用者の同意を得て実施するよう努めます。
- ⑥ 利用者の個人情報の保護は、個人情報保護法に基づく厚生労働省のガイドラインに則り、当施設が得た利用者の個人情報については、当施設での介護サービスの提供にかかる以外の利用は原則的に行わないものとし、外部への情報提供については、必要に応じて利用者またはその代理人の了解を得ることとします。
- ⑦ 各種会議等について、利用者等が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施するものについて、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を参考に、テレビ電話等を使用いたします。また、利用者等が参加して実施するものについては、さらに利用者等の同意を得た上で、テレビ電話等を使用いたします。

(3) 施設の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	夜 間	主な業務内容
医 師	1(兼務)	1(兼務)	—	診療
薬剤師	1(兼務)	—	—	調剤・在庫管理
看護・介護職員	36 名以上 (2)名兼務)	5	(4)	看護・介護・部屋管理
支援相談員	3(兼務)	—	—	相談支援・各種手続代行
理学療法士	6(兼務)	—	—	リハビリテーション
作業療法士	2(兼務)	—	—	リハビリテーション
管理栄養士	2(兼務)	—	—	栄養管理
介護支援専門員	2(兼務)	—	—	短期入所サービス計画の立案
事務職員	4(兼務)	—	—	庶務・事務

※夜間警備、調理、清掃、洗濯については業者に委託しております。

(4) 入所定員等

- 定員 100名(短期入所を含む)
- 療養室 個室:18室、2人室:1室、4人室:20室

2. サービス内容

(1) ケアサービス

① 短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)サービス計画の立案

利用者、ご家族等の希望を十分に取り入れて作成します。また計画の内容を説明のうえ同意をいただきます。

② 医学的管理・看護

当施設は医療機関入院の必要がない程度の要介護(要支援)者を対象としていますが、医師、看護職員が常勤していますので、利用者の状態に応じて適切な医療・看護を行います。また当施設での専門的な対応ができない状態になられた場合には、責任をもって他の機関を紹介します。

③ 介護

短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)サービス計画に基づき、食事、入浴などの日常生活動作に関わる行為をお手伝いします。((2)生活サービス参照)

④ 機能訓練

理学療法士、作業療法士により、利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の維持・向上に努めます。

⑤ 栄養管理

心身の状態の維持・改善の基礎となる栄養管理サービスを提供します。

(2) 生活サービス

① 食事

(食事時間)

朝 食	7時30分から 8時15分
昼 食	11時30分から12時15分
おやつ	14時45分から15時15分
夕 食	17時45分から18時30分

原則として食堂で召し上がっていただきます。献立については管理栄養士が利用者の身体状況や栄養に配慮して提供します。

② 入浴

週に2回行います。寝たきり等で座位がとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。但し、利用者の健康状態によっては清拭となる場合があります。

③ 排泄

利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。

④ 離床、着替え、整容等

寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。また個人としての尊厳を重んじ、適切な整容が行われるように援助します。

⑤ 理美容

毎週月曜日は美容、第2・4火曜日は理容の出張サービスを利用いただけます。(事前予約制)

(3) その他のサービス

① 相談支援サービス

短期入所サービス受入れ、継続等に関わる相談をお受けします。また必要に応じて当施設以外の事業所への紹介、連絡調整を行います。

② 各種手続代行

短期入所中に受診が必要になった場合、協力医療機関(医科・歯科)受診手続等を代行します。

3. 利用料金

(1) 基本料金

① 介護保険施設サービス費 1日につき

(介護保険制度では要介護・要支援認定による要介護・要支援の程度によって単位が異なります。)

個室・特別室(洋室・和室)

	(在宅強化型)	(基本型)
要支援1	632単位	579単位
要支援2	778単位	726単位
要介護1	819単位	753単位
要介護2	893単位	801単位
要介護3	958単位	864単位
要介護4	1,017単位	918単位
要介護5	1,074単位	971単位

多床室(2人室・4人室)

	(在宅強化型)	(基本型)
要支援1	672単位	613単位
要支援2	834単位	774単位
要介護1	902単位	830単位
要介護2	979単位	880単位
要介護3	1,044単位	944単位
要介護4	1,102単位	997単位
要介護5	1,161単位	1,052単位

○ 特定介護老人保健施設入所療養介護費 (1回につき)

(難病等を有する重度要介護者またはがん末期の方が日中のみ短期間の短期入所療養介護サービスを利用される場合)

- ・3時間以上4時間未満 650単位
- ・4時間以上6時間未満 908単位
- ・6時間以上8時間未満 1,269単位

○ 夜勤職員配置加算 24単位

- サービス提供体制強化加算
- (Ⅰ) 22単位
 - (Ⅱ) 18単位
 - (Ⅲ) 6単位

- 若年性認知症利用者受入加算
- (Ⅰ) 120単位
 - (Ⅱ) 120単位

特定介護老人保健施設入所療養介護の場合 (Ⅲ) 60単位

- 在宅復帰・在宅療養支援機能加算
- (Ⅰ) 51単位 厚生労働大臣が定める基準に応じて
 - (Ⅱ) 51単位

② 加算料金

- 個別リハビリテーション実施加算 240単位
- 認知症ケア加算 76単位
- 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200単位 (1月に7日を限度)

○ 緊急短期入所受入加算		90単位	(1月に7日、やむを得ない事情の場合は14日を限度)
○ 重度療養管理加算	(Ⅰ)	120単位	(要介護4・5に限る)
	(Ⅱ)	120単位	
特定介護老人保健施設入所療養介護の場合	(Ⅲ)	60単位	
○ 送迎加算(片道につき)		184単位	
○ 総合医学管理加算		275単位	(利用中10日を限度)
○ 療養食加算(1食につき)		8単位	(1日に3回を限度)
○ 認知症専門ケア加算	(Ⅰ)	3単位	
	(Ⅱ)	4単位	
○ 緊急時治療管理		518単位	(1月に3日を限度)
○ 生産性向上推進体制加算	(Ⅰ)	100単位	
	(Ⅱ)	10単位	
○ 口腔連携強化加算		50単位	(1月に1回を限度)
○ 介護職員等処遇改善加算	(Ⅰ)	算定した所定単位数の75／1000加算	
	(Ⅱ)	算定した所定単位数の71／1000加算	
	(Ⅲ)	算定した所定単位数の54／1000加算	
	(Ⅳ)	算定した所定単位数の44／1000加算	
○ 介護職員等処遇改善加算	V(1)	算定した所定単位数の67／1000加算	
(R7年3月31日まで)	V(2)	算定した所定単位数の65／1000加算	
	V(3)	算定した所定単位数の63／1000加算	
	V(4)	算定した所定単位数の61／1000加算	
	V(5)	算定した所定単位数の57／1000加算	
	V(6)	算定した所定単位数の53／1000加算	
	V(7)	算定した所定単位数の52／1000加算	
	V(8)	算定した所定単位数の46／1000加算	
	V(9)	算定した所定単位数の48／1000加算	
	V(10)	算定した所定単位数の44／1000加算	
	V(11)	算定した所定単位数の36／1000加算	

V(12) 算定した所定単位数の40／1000加算

V(13) 算定した所定単位数の31／1000加算

V(14) 算定した所定単位数の23／1000加算

その他、社会情勢により項目の増減や算定単位数の増減が起こることがあります。

※ 上記(1)基本料金の計算方法

基本料金(円)=(月間の基本サービス費と加算・減算の単位数合計①～②)

×(1+0.075(介護職員等処遇改善加算))

×10.14(地域加算)

×負担割合(0.1もしくは0.2もしくは0.3)

※※ 小数点未満端数切り上げ。

③ 居住費(1日あたり)

利用される部屋(療養室)のタイプによって異なります。

○ 個室・特別室(洋室・和室)を利用される場合

(第4段階に該当する方)	1,728円
(第3段階に該当する方)	1,370円
(第2段階に該当する方)	550円
(第1段階に該当する方)	550円

○ 2人室・4人室を利用される場合

(第4段階に該当する方)	437円
(第3-①段階に該当する方)	430円
(第3-②段階に該当する方)	430円
(第2段階に該当する方)	430円
(第1段階に該当する方)	0円

④ 食費(1日あたり)

(第4段階に該当する方)	1,638円
朝食 407円 昼食 516円	
おやつ 203円 夕食 512円	
(第3-①段階に該当する方)	1,000円
(第3-②段階に該当する方)	1,300円
(第2段階に該当する方)	600円
(第1段階に該当する方)	300円

※ ③滞在費および④食費の負担軽減(第1段階から第3段階)を受けるためには、市町村より「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、この「認定証」の提示が必要です。「認定証」の提示がない場合は居住費および食費は第4段階の負担額をお支払いいただきます。

(2) その他の料金

- | | | |
|---|-------|------------|
| ① 日用品費(1日あたり) | ..... | 131円(税込) |
| ② 教養娯楽費(1日あたり) | ..... | 143円(税込) |
| ③ 特別な室料(1日あたり) | | |
| ○ 特別室(和室) | ..... | 1,572円(税込) |
| ○ 特別室(洋室) | ..... | 1,572円(税込) |
| ○ 個室(4階) | ..... | 1,152円(税込) |
| ○ 個室(3階) | ..... | 628円(税込) |
| ○ 2人室 | ..... | 837円(税込) |
| ④ テレビ利用料(1日あたり) | ..... | 55円(税込) |
| ⑤ 冷蔵庫利用料(1日あたり) | ..... | 55円(税込) |
| ⑥ 電気料(電気毛布やテレビ等の電気製品の持込・使用による電気代)(1製品1日あたり) | ..... | 55円(税込) |
| ⑦ 文書料(診断書、証明書、意見書等)(1枚あたり) | | |
| ○ 文書A 生命保険用・年金用診断書 | ..... | 5,500円(税込) |
| ○ 文書B 死亡診断書・介護費用保険用診断書 | ..... | 3,300円(税込) |
| ○ 文書C 入所用診断書(老人ホーム・特養等) | ..... | 2,200円(税込) |
| ○ 文書D 支払い証明書 | ..... | 1,650円(税込) |
| ○ 文書E 簡単な診断証明書 | ..... | 2,200円(税込) |
| ⑧ キャンセル料 | | |
| 利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。 | | |
| 利用日の前日及び当日に連絡があった場合 1,638円(税込、食費相当額) | | |
| ⑨ 理美容サービス料(1回あたり) | | |
| 別紙理美容料金表によります。 | | |

※ 前述の金額については介護保険法、その他関係法令の改定、行政指導等により変更になる場合があります。変更があった場合は、当施設1階受付窓口の掲示板でその内容を3ヶ月間周知することで、当施設が利用者の同意を得たものとします。

(3) 支払い方法

毎月10日までに、前月分の請求書を発行します。その月の末日までにお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行します。

領収証は再発行できませんので、大切に保管してください。

お支払い方法は、当施設窓口での現金支払、銀行振込、ゆうちょ銀行及び豊橋信用金庫からの自動引き落としの方法がありますのでお選びください。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関に協力をいただき、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(医科・歯科)

名称 成田記念病院

住所 豊橋市羽根井本町134番地

但し、利用者の状況に応じて他の医療機関を紹介する場合がありますので、ご了承ください。

5. 非常災害対策

- (1)防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、非常階段、自動火災報知機、誘導灯、防火扉、ガス漏れ探知機等
- (2)防災訓練 年2回以上

6. 利用に当たっての留意事項

(1)保険証類の提示

介護保険証、健康保険証（後期高齢者医療被保険証）、介護保険負担限度額認定証等の内容に変更があった場合及び当施設が提示を求めた場合は、速やかにご提示ください。

(2)面会時間 9時00分から19時00分

面会者は1階受付窓口にある面会簿に、必要事項を記入してください。

入場・面会制限を行うことがあります。詳細は受付にてご確認ください。

(3)外出

事前に各階のサービスステーションにて所定の手続きを行ってください。

(4)転棟・転室

利用者の状態から、転棟・転室をお願いすることがございます。

(5)喫煙

施設敷地内は禁煙です。

(6)療養室・設備・器具等の利用

施設内の療養室や設備・器具等は、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は、弁償していただくことがあります。

(7)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。また、多額の金品の持ち込みは、ご遠慮ください。

(8)当施設外の医療機関受診

入所中は利用者の医学管理は当施設が行います。当施設の医師の許可なく医療機関を受診することはできません。そのために医学管理が不十分となり、サービス提供ができなくなります。

(9)食事の持込

施設入所中の食事は、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ため食事の持ち込みはご遠慮ください。

(10)宗教活動、政治活動、営利行為

施設内での宗教活動、政治活動及び営利行為はお断りします。

(11)動物飼育

施設内への動物の持ち込み及び飼育はお断りします。

(12)事故発生時の対応

利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要に応じた措置を講じます。

賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. ご意見、ご不満、苦情、ご要望等の相談窓口

○ 当施設の窓口

- ・ 総括窓口 相談室
- ・ ご利用時間 9時00分から17時00分
- ・ ご利用方法 来苑若しくは電話（0532-33-3121）
- ・ ご意見箱 1階受付窓口及び4階談話室に設置

○ 東三河広域連合 介護保険課

住所 〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地

電話 0532-26-8471 FAX 0532-26-8475

○ 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課内苦情相談室

住所 〒461-8532 名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館南館7階

電話 052-971-4165 FAX 052-962-8870

**短期入所療養介護重要事項
介護予防短期入所療養介護重要事項
説明同意書**
(施設保管用)

当施設は、令和 7年 2月 16日現在の重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）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

当施設	住所	豊橋市八通町64番地の3	
	法人名	社会医療法人明陽会	
	施設名	老人保健施設 明陽苑	
	(事業所番号)	2352080036	
	施設長	山田 一義	印
説明者	職名	支援相談員	
	氏名		印

私は、令和 7年 2月 16日現在の重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
利用者の家族または代理人（選任した場合）		
	住所	
	氏名	印

**短期入所療養介護重要事項
介護予防短期入所療養介護重要事項
説明同意書**
(利用者保管用)

当施設は、令和 7年 2月 16日現在の重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)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

当施設	住所	豊橋市八通町64番地の3	
	法人名	社会医療法人明陽会	
	施設名	老人保健施設 明陽苑	
	(事業所番号)	2352080036	
	施設長	山田 一義	印
説明者	職名	支援相談員	
	氏名		印

私は、令和 7年 2月 16日現在の重要事項説明書に基づいて、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
利用者の家族または代理人(選任した場合)		
	住所	
	氏名	印