

短期入所療養介護サービス重要事項説明書 (令和8年6月1日)

短期入所療養介護サービスの提供にあたり、介護保険法に関する厚生省令37号第155条、125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

開設法人の名称	一関市
開設法人の種別	地方公共団体
開設法人の代表者	一関市長 佐藤 善仁
事業の名称	一関市病院事業
事業の代表者	一関市病院事業管理者 佐藤 元美
事業の所在地	〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏52番地2
事業の代表電話番号	0191-63-5253

2. ご利用施設

施設の名称	老健ふじさわ
施設の所在地	〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏52番地2
事業所番号	0350980033
管理者の氏名	所長 佐藤 俊郎
電話番号	0191-63-2010
ファクシミリ番号	0191-63-2094

3. ご利用施設であわせて実施する事業

事業所の種類	都道府県知事の指定		利用定員
	指定年月日	指定番号	
施設サービス	平成23年9月26日	0350980033	60人
介護予防短期入所療養介護	平成23年9月26日	0350980033	

4. 短期入所療養介護の目的と運営の方針

〔目的〕 老健ふじさわ短期入所療養介護事業所の適正な運営を行うために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の医師、薬剤師、看護・介護職員、支援相談員、リハビリ職員、管理栄養士及び介護支援専門員その他の職員が、要介護状態にある利用者に対し、適正な短期入所療養介護サービスを提供することを目的とする。

〔方針〕 事業所の短期入所療養介護従業員は、要介護状態等になった利用者が可能な限り、その居宅において、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、入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を計るよう努めるものとする。

事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業所その他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より、短期入所療養介護の提供の開始前から終了後に至るまで利用者が継続的に保健医療サービス又は福祉サービスを利用できるよう必要な援助に努めるものとする。

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（別紙１）、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又はその代理人の了承を得ることとする。

５．施設の概要

介護老人保健施設「老健ふじさわ」

敷 地		6,609.22㎡
建 物	構 造	鉄筋コンクリート造2階建
	延床面積	3,091.13㎡
	利用定員	60名

（１）居室

居室の種類	室 数	1人あたりの面積(㎡)
1人部屋	1	24.81
	2	19.22
	7	18.60
2人部屋	3	9.30
4人部屋	1	9.61
	10	9.30

（２）主な設備

設備の種類	数量	面 積(㎡)
機能訓練室	1	139.94
談話室	1	54.00
食 堂	1	172.80

一般浴室	1	37.20
特殊浴室	1	27.60
レクリエーションルーム	1	116.00
便 所		
男子便所	2階 2箇所	36.60
女子便所	2階 2箇所	36.60
車椅子用便所	2階 1箇所	6.90

6. 職員体制

従業者の職種	常 勤	非常勤	夜 間	業務内容
管理者	1 (兼)			施設の管理運営の統括
医師	1 (兼)			利用者の健康管理・医学的対応
薬剤師		1 (委託)		利用者の薬剤管理
看護職員	4		1	利用者の看護及び健康管理
介護職員	14	13	2	利用者の介護及び日常生活の援助
支援相談員	2 (兼1)			利用者の相談援助
理学療法士	1			利用者の運動機能向上訓練及び日常生活活動の指導
作業療法士	2 (兼1)			利用者の応用的活動能力向上訓練及び日常生活活動の指導
言語聴覚士	—			利用者の言語・聴覚・摂食・嚥下機能に係る活動向上訓練の指導
管理栄養士	1	1		利用者の栄養管理
介護支援専門員	2 (兼1)			利用者のケアプラン作成
事務職員	1 (兼1)	1		庶務及び会計事務
その他の従業者		2		清掃業務等

7. サービスの内容

サービスの種別	内 容
食 事	・ 食事時間 - 朝 食 7 時 3 0 分～ 8 時 3 0 分 - 昼 食 1 2 時 0 0 分～ 1 3 時 0 0 分 - 夕 食 1 7 時 3 0 分～ 1 8 時 3 0 分 ・ 食事場所 できるだけ離床して食堂で召し上がっていただきます。食べられないものやアレルギーがある方は事前にご相談ください。
医療・看護	あなたの病状にあわせた医療・看護を提供します。それ以外でも必要がある場合には適宜診察しますので、看護師等にお申し付けください。 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治療していただきます。
リハビリテーション	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により、利用者の状況に合わせてリハビリテーションを行ないます。
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ないます。
入浴・清拭	・ 入浴は週 2 回程度 ・ 入浴日、入浴時間は職員よりご連絡します。 ・ 入浴日に体調不良等で入浴できない方はタオルで体をお拭きします。
離 床	・ 寝たきり防止のため、毎日の離床のお手伝いをします。
着替え	・ 毎朝夕の着替えのお手伝いをします。
整容	・ 身の回りのお手伝いをします。
シーツ交換	・ シーツ交換は、週 1 回行います。
介護相談	・ 利用者とその家族からのご相談に応じます。

※ 医療について

当施設の医師で対応できる医療につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、または著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

※ 守秘義務及び個人情報の保護

施設職員に対して、施設職員である期間および施設職員でなくなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を漏らすことがないよう指導教育を適時行うほか、施設職員等が本規定に反した場合は、違約金を求めるものとしております。

8. 苦情等申立窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設の各窓口までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

・相談窓口 ・苦情相談窓口	電 話 0191-63-2010 F A X 0191-63-2094 苦情受付担当 支援相談員 畠山 由香 小野寺 明日香 苦情相談責任者 病院事業事務局長 新沼 健 対応時間 午前8時30分～午後5時30分 ※土曜日、日曜日、祝日及び年末年始は除きます。なお、時間外は2階サービスステーションにおいて随時対応いたします。

次の公的機関においても苦情等の申し出ができます。

〈法人等の窓口〉 一関市 国民健康保険 藤沢病院	所 在 地 〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏52番地2 電 話 0191-63-5211 F A X 0191-63-5484 対応時間 午前8時30分～午後5時30分 ※土曜日、日曜日、祝日及び年末年始は除きます。
〈市町村の窓口〉 一関市役所 藤沢支所 市民福祉課	所 在 地 〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏187番地 電 話 0191-63-5304 F A X 0191-63-5133 対応時間 午前8時30分～午後5時15分 ※土曜日、日曜日、祝日及び年末年始は除きます。
〈国保連の窓口〉 岩手県 国民健康保険 団体連合会	所 在 地 〒〒020-0025 岩手県盛岡市大沢川原三丁目7番30号 電 話 019-604-6700 F A X 019-604-6701 対応時間 午前9時～正午 午後1時～5時 ※土曜日、日曜日、祝日及び12/29～1/3は除きます

9 緊急時等の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関等に連絡します。

(1) 緊急時診療等を求める医療機関

病院名 一関市国民健康保険 藤沢病院（当施設併設病院）

住 所 〒029-3405 一関市藤沢町藤沢字町裏52番地2

電話番号 (0191) 63-5211

(2) 家族又は身元引受人等の緊急連絡先

氏 名 _____

住 所 〒 _____

電話番号 () _____

10. 協力医療機関

医療機関の名称	一関市国民健康保険藤沢病院
管理者	一関市病院事業管理者 佐藤 元美
所在地	〒029-3405 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏52番地2
電話番号	0191-63-5211
診療科	総合診療内科、外科、整形外科、精神科、放射線診断科
入院設備	44床

11. 協力歯科医療機関

医療機関の名称	一関市国民健康保険室根歯科診療所
院長名	村上 智彦
所在地	〒029-1201 岩手県一関市室根町折壁字八幡沖117
電話番号	0191-64-2133
入院設備	無

12. 非常災害時の対策

災害時の対応	消防計画にのっとり対応を行います。
防災訓練	年2回、昼間及び夜間を想定した避難訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災設備 ※消防法適合施設	スプリンクラー 避難階段 自動火災報知器 誘導灯 防火扉・シャッター 屋内消火栓 自動通報装置 漏電火災報知器 カーテン、布団等は、防災性能のあるものを使用しております。
消防計画等	防火管理者 新沼 健

13. 当施設ご利用の際にご留意いただく事項

面会	面会時間：午前10時45分～午前11時30分 午後 4時00分～午後 5時30分 面会方法：事前に電話にて予約制 面会時間：15分 面会人数：成人2人 面会回数：月2回 面会時、マスク着用し感染対策を継続して行います。
外出・外泊	外出・外泊の際は事前にご相談下さい。
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、弁償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	全館禁煙となっております。 飲酒は原則禁止です。

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願います。また、やみくもに他の利用者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	自己管理とさせていただきます。
現金等の管理	自己管理とさせていただきます。ご自分で管理できない方は職員に申し出てください。
宗教活動・政治活動	施設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。
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。

1 4. 利用料等

(1) 短期入所療養介護費（1日あたりの1割負担の場合）

要介護度	基本型 (個室)	基本型 (多床室)	在宅強化型 (個室)	在宅強化型 (多床室)
要介護1	753円	830円	819円	902円
要介護2	801円	880円	893円	979円
要介護3	864円	944円	958円	1,044円
要介護4	918円	997円	1,017円	1,102円
要介護5	971円	1,052円	1,074円	1,161円

(2) 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費（日中のみの利用で、1割負担の場合）

- ① 3時間以上4時間未満 650円
- ② 4時間以上6時間未満 908円
- ③ 6時間以上8時間未満 1,269円

(3) 加算料金（1割負担の場合）

- ① 夜勤職員配置加算 24円/日
夜勤を行う看護・介護職員の配置数によって加算されます。
- ② 個別リハビリテーション実施加算 240円/日
個別リハビリテーションを行った場合加算されます。
- ③ 若年性認知症利用者受入加算 120円/日
個別に担当者を定め、宿泊による受入を行った場合加算されます。
- ④ 認知症行動・心理症状緊急対応加算 200円/日
認知症の行動・心理症状が出現したことにより、在宅での生活が困難になり緊急受け入れを行った場合に加算されます。
- ⑤ 送迎加算 184円/片道
入所及び退所の際、ご自宅までの送迎を行った場合に加算されます。
- ⑥ 療養食加算（医師の指示により治療食を行った場合） 8円/食
- ⑦ サービス提供体制強化加算 I 22円/日
介護福祉士資格保有者が80%以上または勤続10年以上の介護福祉士が35%以

上配置されている事業所について加算されます。

- ⑧ 緊急短期入所受入加算 90円/日
 様々な事情で緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めた場合
 7日（やむを得ない事情がある場合は14日）を限度
- ⑨ 総合医学管理加算 275円/日
 治療管理を目的とした短期入所療養介護を受けた場合
- ⑩ 重度療養管理加算 120円/日
 計画的な医学的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合
- ⑪ 在宅復帰・在宅療養支援加算Ⅰ 51円/日
 在宅復帰・在宅療養支援加算Ⅱ 51円/日
 在宅復帰、在宅療養支援等指標により一定以上の値に該当した場合
- ⑫ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） 100円/月
 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） 10円/月
 介護ロボットやICT等のテクノロジーを活用し、介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減のための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、業務改善を行うことを評価した加算
- ⑬ 介護職員処遇改善等加算Ⅰロ (1月につき 所定単位数×9.7%)

（４）介護保険給付外サービス

① 食費

朝食：480円 昼食：710円 夕食：660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食費が1日の負担限度額となります）

② 居住費（1日）外泊時も部屋を確保しますので室料頂きます。

個室：1,728円 多床室：437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が1日の負担限度額となります）

負担限度額	食 費	居住費	
		個 室	多床室
利用者負担第1段階	300円	550円	0円
利用者負担第2段階	600円	550円	430円
利用者負担第3段階①	1,000円	1,370円	430円
利用者負担第3段階②	1,300円	1,370円	430円
利用者負担第4段階	1,820円	1,728円	437円

③ 日用品費

基本セット 100円/日（洗面タオル、BOXティッシュ、ボディソープ、シャンプー、リンス）

タオルセット 70円/組（バスタオル、フェイスタオル）

④ 教養娯楽費 実費相当（選択）

⑤ 理髪料	理容をご利用の場合にお支払いいただきます。	3,200円/回
	(顔剃りなし)	2,700円/回
	(顔剃りのみ)	2,000円/回

⑥ 私物の洗濯代 実費相当

・水洗い（衣類、下着類、その他） 乾燥重量 385円/kg
集配日は、火・木・土の週3回、原則として次の集配日に納品いたします。

・ドライクリーニングをご希望の場合は、別途承ります。

⑧ 家電持込料(テレビ等、生活家電を含む)	テレビ1日につき	1台	50円/日
	電気毛布1日につき	1台	100円/日
	その他1日につき	1台	30円/日

⑩ 買い物代行料 110円/回

利用料のお支払いは、口座引き落とし、現金、振込みの3つの方法があります。利用契約時にご相談ください。口座引き落としの場合は、「利用料口座振替依頼書」を提出いただきます。

短期入所療養介護サービスの提供にあたり、利用者に対して重要事項説明書により説明をしました。

令和 年 月 日

事業所

所在地 岩手県一関市藤沢町藤沢字町裏 5 2 番地 2

名 称 老健ふじさわ

説明者 支援相談員

⑩

私は、事業者から短期入所療養介護サービスについての重要事項の説明を受けその内容について了承し、サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 〒 ー

氏 名 _____⑩

(代理人)

住 所 〒 ー

氏 名 _____⑩