

介護老人保健施設 湧心苑
短期入所療養介護重要事項説明書

＜令和6年5月1日現在＞

1 法人の概要

名称・法人種別	医療法人社団 藤栄会
代表者名	末藤久和
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区出水1丁目5番38号 (電話) 096-371-6622 (FAX) 096-371-6622

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

施設の名称	介護老人保健施設 湧心苑
所在地・連絡先	(住所) 熊本市中央区出水4丁目15番30号 (電話) 096-371-4165 (FAX) 096-364-1763
事業所番号	4350180099
施設長の氏名	白尾友宏

3 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

お年寄りの生活の質の向上を目的とし、専任の医師・看護師・介護士・理学療法士・作業療法士などが、リハビリテーションや日常生活のお手伝いを行い、心身機能の維持向上を支援します。又、介護者の介護負担の軽減を図ります。

(2) 運営方針

「お年寄りの心を自分の心として、私たちは常に尊敬と優しさと誠意をもって介護を行いお年寄りの自立に寄与します。」を施設理念とし、職員一人一人が利用者の在宅支援を目指します。

4 施設の概要

(1) 構造等

敷地	1,941.5㎡	
建物	構造	鉄筋コンクリート
	述べ床面積	3,852㎡
	利用定員	75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	11	196.21㎡ (17.84㎡)	ブザーを設置
2人部屋	6	133.86㎡ (11.16㎡)	ブザーを設置
4人部屋	13	479.38㎡ (9.22㎡)	ブザーを設置

(3) 主な設備

設備	室数	面積（一人あたりの面積）	備考
食堂	3	228.2㎡ (3.04㎡)	
機能訓練室	1	100.25㎡ (1.34㎡)	
浴室	1	172.61㎡	特別浴槽2台設置
診察室	1	18.00㎡	
談話室	4	40.83㎡	
レクリエーション・ルーム	1	66.91㎡	
便所	7	235.45㎡	ブザー、常夜灯を設置

5 施設の職員体制

医師 専任 1名 以上
 介護支援専門員 1名 以上
 作業療法士及び理学療法士・言語聴覚士 3名 以上
 看護職員 7名 以上 介護職員 18名 以上
 支援相談員 1名 以上
 管理栄養士 1名 以上
 薬剤師

6 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
栄養管理	(食事時間) 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ おやつ 15:00～ 夕食 18:00～ 利用者の栄養状態を施設入所時に把握し、管理栄養士が利用者ごとの年齢や心身の状況によって適切な栄養量及び内容の食事を管理し提供します。 お一人お一人の食事のペースで食べていただきます。 食べ終わる時間は設定しておりません。

医 学 的 管 理	<p>施設医が定期的に診察を行います。又、それ以外でも必要に応じて診察を行います。</p> <p>その際、施設医が医療機関の受診を必要と判断した場合は紹介状を準備しますので、それを持参して受診してください。尚、投薬についても同様です。</p> <p>ただし、病状変化の為、当施設では行えない処置（透析等）や手術が必要な場合は、退所してかかりつけ医や協力医療機関での治療をして頂くことになります。</p>
機 能 訓 練 (生活の中でのリハビリテーション)	<p>理学療法士、作業療法士により入所者の方々の状況に適した日常生活の中でのリハビリテーションの個別訓練等を行い、心身機能の維持に努めます。又、家庭での生活がよりスムーズに行えるよう生活空間を整えたり、介護方法についての助言を行います。</p> <p><当施設の保有するリハビリ器具></p> <p>歩行器 歩行車 車椅子 シルバーカー</p> <p>運動療法諸器具（平行棒、マット、その他）</p> <p>物理療法諸器具（ホットパック、マッサージ器、他）</p> <p>作業療法諸器具（革細工用品、ペグ、輪投げ、その他）</p> <p>ADL 関連諸器具（スプーン、フォーク各種、食器類、介護負担軽減のための福祉用具）</p> <p>運動器機能向上トレーニング機器</p>
入 浴	<p>○週 2 回以上の入浴又は清拭を行います。</p> <p>○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。</p>
排 泄	<p>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。</p>
離床、着替え、整容等	<p>○寝たきり防止のため、出来る限り離床に配慮します。</p> <p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○シーツ交換は週 1 回、寝具の消毒は必要に応じて実施します。</p>
レ ク リ エ ー シ ョ ン 等	<p>当施設では、次のようなレクリエーションを行っています。</p> <p>○苑外レクリエーション（花見・ショッピング・魚釣り・ドライブ等）</p> <p>○湧心苑祭・敬老会・クリスマス会</p> <p>○誕生会・餅つき</p>
相 談 及 び 援 助	<p>入所者とご家族からのご相談に対応致します。</p>
送 迎	<p>計画に沿って利用者の心身の状態に応じた車で送迎を行います。</p>
短期入所療養介護計画立案	<p>担当介護支援専門員が作成した計画に基づいて当苑入所中のケア計画を作成しサービスを行います。</p>

イ 費用

原則として料金表の利用料金の 1 割又は 2 割、3 割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って、当苑に介護保険給付が行われない場合があります。その場合には、利用料金の全額を当苑にお支払いください。利用料のお支払い時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。手続きについては相談課におたずね下さい。

【料金表】

介護老人保健施設短期入所療養介護（1日につき）「在宅強化型」

	利 用 料	
	従来型個室	多床室
要介護1	8,190円	9,020円
要介護2	8,930円	9,790円
要介護3	9,580円	10,440円
要介護4	10,170円	11,020円
要介護5	10,740円	11,610円

介護老人保健施設短期入所療養介護（1日につき）「基本型」

	利 用 料	
	従来型個室	多床室
要介護1	7,530円	8,300円
要介護2	8,010円	8,800円
要介護3	8,640円	9,440円
要介護4	9,180円	9,970円
要介護5	9,710円	10,520円

特定介護老人保健施設短期入所療養介護（1日につき） ※日帰り利用

	利 用 料
3時間以上4時間未満	6,500円
4時間以上6時間未満	9,080円
6時間以上8時間未満	12,690円

※ 難病等有する重度要介護者又はがん末期の方に提供するサービスです

○ 加算（1日につき）

種 類	利 用 料
夜勤体制加算	240円
認知症ケア加算	760円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	2,000円
個別リハビリテーション実施加算	2,400円
口腔連携強化加算（1月に1回）	500円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	30円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	40円
緊急短期入所受入対応加算	900円
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	1,000円
生産性向上推進体制加算（Ⅱ）	100円
重度療養管理加算	1,200円
在宅復帰・在宅療養支援加算（Ⅰ）	510円
送迎加算（片道）	1,840円

総合医学管理加算	2,750円
療 養 食 加 算	80円/食
サービス提供体制強化加算 I	220円
介護職員処遇改善加算(I) (R6年5月31日迄)	3.9%
介護職員等特定処遇改善加算 (I) (R6年5月31日迄)	2.1%
介護職員等ベースアップ等支援加算 (R6年5月31日迄)	0.8%
介護職員処遇改善加算 (I) (R6年6月1日より)	7.5%

○ 緊急時治療管理 (*注 介護老人保健施設における短期入所療養介護の場合)

利 用 料
5,180円

(2) 介護保険給付対象外サービス (食費の全額を負担して頂きます)

○ 食事代

朝 食	410円
昼 食	800円
夕 食	720円

○ 食費・居住費の設定額 (一日につき)

利用者負担額	食 費		居 住 費	
	多床室	従来型個室	多床室	従来型個室
第1～3段階	300～1300円		370円	1,310円
第4段階	1,930円		377円	1,668円

※ 利用者負担段階、第1段階～第3段階の方については、各市町村の介護保険課に介護保険負担限度額認定申請をすることにより、認定者は「介護保険負担限度額認定証」に記載された食費と居住費の負担限度額を支払うこととなります。

○ その他

種 類	内 容	利 用 料
理 髪 ・ 美 容		2,300円 ～ 8,000円
カ ル チ ャ ー	参加は自由です。 生け花、書道、囲碁、将棋、革細工等	材料費がかかった場合、実費をご負担いただきます。
日 用 生 活 品 費	入浴時のタオル、バスタオル、ペーパータオル、シャンプー、石鹸、トイレットペーパー等	300円
テ レ ビ 貸 し 出 し 料	14型テレビ (イヤホン別途販売)	150円
電 気 使 用 料	個人持込電気器具使用の場合	100円
特 別 な 居 室	個室、2人部屋をご用意しております。備え付け電話使用の場合、実費となります。	(1日につき) 個 室 1,000円 ～ 1,500円 2人部屋 500円

※税別表示

- その他、日常生活において必要となるもので利用者に負担頂くことが適当と思われる費用は、利用者の負担となります。

7 利用料等のお支払方法（月払いの場合）

毎月、10日頃まで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。お支払方法として20日に決められた口座より引き落としさせて頂くか、下記口座に振り込み送金してお支払いください。

熊本銀行 水前寺支店
 普通預金口座（口座番号349670）
 口座名義 医療法人社団藤榮会 老人保健施設湧心苑 理事長 末藤久和

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当施設苦情相談窓口	窓口責任者	古澤 浩幸
	利用時間	8:30～17:30
	利用方法	電話（371-4165） 面接（当施設相談室） 意見箱（各階に設置）

苦情の申し出があった場合には施設内で定めた手順に沿ってすみやかに対処及び処理方法を検討し、改善や処理を行います。

- また、次のような相談窓口もありますので、ご利用ください。

名称	連絡先
熊本県国民健康保険団体 連合会 苦情相談窓口	〒862-0911 熊本市東区健軍1丁目18番7号 TEL 096-214-2347
熊本中央区役所高齢福祉係	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 TEL 096-328-2111

9 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

10 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「介護老人保健施設湧心苑消防計画」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「介護老人保健施設湧心苑消防計画」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	あり	防火扉・シャッター	8個所
	避難階段等	3個所	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	23個所	消火器	31個
	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	中央消防署への届出日：平成27年12月25日 防火管理者：古澤 浩幸
-----------	---------------------------------------

1.1 施設の利用にあたっての留意事項

居 室 の 移 動	<p>利用者の心身状態の変化や集団での療養生活を継続するにあたり当施設の判断で居室移動を行う際にはご協力ください。</p> <p>利用者やご家族より居室移動を希望される場合は相談課までお申し出ください。</p>
来 訪 ・ 面 会	<p>面会時間 10:00～11:30 14:00～17:00</p> <p>来訪者は面会時間を遵守し、必ずその都度受付の面会簿に記帳をしてください。</p> <p>感染症拡大時は面会時間を変更させて頂く場合があります。</p>
外 出	<p>外出の際には必ず行き先と戻られる時間を職員に申し出て届出書をご提出ください。感染症拡大時は予定変更させて頂きたく場合があります。</p>
居室・設備・器具の利用	<p>施設内の居室や設備、器具等は本来の用法に従ってご利用ください。</p> <p>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。</p>
喫 煙	<p>当施設は敷地内全面禁煙となっておりますので、喫煙はご遠慮ください。</p>
迷 惑 行 為 等	<p>施設内での他の入所者及び施設に対する執拗な宗教活動、政治活動及びセールス活動はご遠慮ください。</p>
金 品 の 管 理	<p>貴重品の持ち込みはご遠慮ください。万一、無許可で貴重品を持ち込み紛失等の事故が発生した場合は当苑での責任は負いかねます。やむを得ず金品を持ち込まれる際は必ず事前に相談課までお知らせください。</p>
動 物 飼 育	<p>施設内における飼育はお断りします。</p>

12 利用者へのお願い

- 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。

当事業者は、短期入所療養介護重要事項説明書及び短期入所療養介護契約書に基づいて、短期入所療養介護のサービス内容を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	住所 事業者(法人)名 事業所名 (事業所番号) 代表者名	熊本市中央区出水4丁目15番30号 医療法人社団 藤栄会 介護老人保健施設 湧心苑 4350180099 末藤久和 印
-----	---	---

説明者 職名

氏名 印

私は、本書面により、事業者から短期入所療養介護サービスについての説明を受けました。

利用者 氏名 印

代理人(選任した場合) 氏名 印

身元引受人(続柄) 氏名 () 印

連帯保証人 氏名 印