

短期入所療養介護重要事項説明書 I

(老人保健施設 友愛トピアのご案内)

1 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 老人保健施設 友愛トピア
- ・開設年月日 平成 6 年 9 月 4 日
- ・所在地 三重郡菰野町宿野 3 7 1 番地
- ・電話番号 0 5 9 - 3 9 4 - 4 0 0 0 FAX 3 9 4 - 4 0 1 0
- ・管理者名 二宮 信夫
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設 (2 4 5 2 2 8 0 0 3 1 号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援する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ので、ご理解いただいた上でご利用ください。

【老人保健施設友愛トピアの運営方針】

施設構想については、利用者を積極的に活動させ、自立の援助、家族介護の手助けをモットーに考えております。特徴といたしましては、リハビリテーションの充実、生活機能訓練の為、作業室、娯楽室の充実及び喫茶コーナーの設置、家族とのコミュニケーションにも積極的に取り組み、家族からの要請は無論、居宅サービス事業者等の要請にも協力できるよう努めております。また、ボランティアの導入も積極的に行い、地域と共に老人医療介護に取り組みたく、ボランティアの養成及び仕事のしやすい環境づくり等に取り組んでおります。

各職種にわたって施設療養その他のサービスの向上及び利用者のニーズに対応するため、申し送りの徹底、ミーティング、外部での研修会や勉強会に参加しております。

(3) 施設の職員体制

職種	常勤	非常勤	業務内容
医師	1		利用者の病状の把握及び指導
薬剤師		1	薬剤管理
看護職員	7 以上	4 以上	健康管理 医師の指示による投薬・処置・口腔ケア
介護職員	20 以上	8 以上	介護一般 レクリエーション等の開催
支援相談員	3 以上		相談業務一般 他の機関・施設の連携
理学療法士	2 以上	2 以上	リハビリテーションの施行
作業療法士	1 以上		リハビリテーションの施行
管理栄養士	2 以上		利用者にあった食事提供 献立の立案
介護支援専門員	1 以上	1 以上	施設サービス計画の作成
事務員	2 以上		入所費用の請求 保険請求

(4) 入所定員等

- ・定員 100名（短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護を含む）
- ・療養室 個室 12室
2人室 6室
4人室 19室

(5) 通所リハビリテーション定員 40名（介護予防通所リハビリテーションを含む）

2 サービス内容

- ① 短期入所療養介護計画の作成
- ② 食事時間 朝食7：30 昼食12：00 夕食17：00
- ③ 入浴 一般浴槽のほか寝たきりの方にも対応できる特殊浴も設置
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 口腔ケア
- ⑥ 介護
- ⑦ 機能訓練（リハビリテーション・レクリエーション）
- ⑧ 送迎サービス（通常の送迎地域 菰野町、四日市市）
- ⑨ 相談援助サービス
- ⑩ 栄養状態の管理
- ⑪ 理美容サービス 1ヶ月に3回程度 理美容師来訪
- ⑫ その他

3 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、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 四日市消化器病センター 菰野厚生病院
- ・協力歯科医療機関 さちデンタルクリニック

※ 尚、緊急の場合には、『契約書』にご記入いただいた連絡先に連絡します。

4 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓、避難すべり台、防災カーテン
じゅうたん等
- ・防災訓練年2回実施

5 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。又は、各々の介護支援専門員や「参考別紙」の機関にご相談ください。

- ・苦情に関する受付窓口：老人保健施設 友愛トピア
電話 059（394）4000
- ・苦情に関する受付窓口担当者：支援相談員
- ・解決責任者：管理者 石原 知明

6 施設利用にあたっての留意事項

- ・施設利用中の食事は、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為、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みは御遠慮いただきます。
- ・面 会 時 間…10:00～16:00 です。入浴日時を予めご確認の上お越しください。
- ・施設外の受診…短期入所療養介護利用中に、施設の医師の許可なく他の医療機関を受診する事は原則的に出来ませんので支援相談員にお尋ね下さい。
- ・家族、身元引受人、保証人の連絡先が変わりましたらお知らせ下さい。

7 禁止事項

当施設では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

8 短期入所療養介護ご利用時に用意して頂くもの

(1) 提出書類

1. 介護保険証
2. 後期高齢者医療受給者証及び国民健康保険、社会保険等の保険証
3. 介護保険負担割合証
4. 健康手帳
5. 身体障害者手帳
6. 印鑑

(2) 入所時、次の持ち物をお持ち下さい。(※1泊2日の場合)

1. 普段着 (長袖でお願いします) . . . 1～2組
2. 寝巻 (上下トレーナー又はパジャマ) . . . 1～2組
3. 肌着・靴下 (黒以外の色で足首が緩めのもの) . . . 各1～2組

※上記は外部委託 B プラン未加入の方のみ

4. 下着 (布パンツ等で利用者の状態に合わせたもの) . . . 2～3組
5. 上靴 (介護用の靴)
6. 電気シェーバー (男性の方)
7. 車椅子、シルバーカー、杖など (使い慣れたものがある方のみ)
8. お薬手帳

※現金や貴重品はお預かりできませんので、お持ちにならないで下さい。

(3) 風呂用バスタオル・風呂用タオル・きゅうすは施設で用意します。

(4) すべての持ち物にお名前をご記入下さい。

＜記入方法＞

1. タグにフルネームで記入をお願い致します。
2. 衣類以外のものにも消えないようにマジックなどで記入して下さい。

9 当施設についての詳細は、パンフレットを用意してありますので、ご請求下さい。

短期入所療養介護重要事項説明書Ⅱ

(短期入所療養介護について)

1 介護保険証の確認

ご利用のお申し込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

2 短期入所療養介護の概要

短期入所療養介護は、要介護者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学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お世話を行い、利用者の療養生活の質の向上及び利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、短期入所療養介護計画が作成されますが、その際、利用者・家族の希望を十分に取り入れ、又、計画の内容については同意いただくようにいたします。

3 利用料金

(1) 基本料金

- ① 施設利用料（介護保険制度では、要介護認定による要介護度の程度によって利用料が異なります。以下1日又は1回当たりの自己負担分です）
下記料金は1割負担金となっております。負担割合証によって料金は異なります。

個室

・要介護度1	7 5 3 円／日
・要介護度2	8 0 1 円／日
・要介護度3	8 6 4 円／日
・要介護度4	9 1 8 円／日
・要介護度5	9 7 1 円／日

多床室（二人室、四人室）

・要介護度1	8 3 0 円／日
・要介護度2	8 8 0 円／日
・要介護度3	9 4 4 円／日
・要介護度4	9 9 7 円／日
・要介護度5	1 0 5 2 円／日

※身体拘束廃止未実施減算

所定単位数の1.0%を減算

※高齢者虐待防止未実施減算

所定単位数の1.0%を減算

※業務継続計画未策定減算

所定単位数の1.0%を減算

② 夜勤職員配置加算	2 4 円／日
③ 認知症ケア加算	7 6 円／日
④ 個別リハビリテーション実施加算	2 4 0 円／日
⑤ 認知症行動・心理症状緊急対応加算	2 0 0 円／日
⑥ 緊急短期入所受入加算	9 0 円／日
⑦ 若年性認知症利用者受入加算	1 2 0 円／日
⑧ 重度療養管理加算	1 2 0 円／日
⑨ 在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	5 1 円／日
⑩ 送迎加算	1 8 4 円／回
⑪ 総合医学管理加算	2 7 5 円／日
⑫ 口腔連携強化加算	5 0 円／回
⑬ 療養食加算	8 円／回
⑭ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3 円／日

- | | |
|-----------------------|------------------|
| ⑮ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） | 4 円／日 |
| ⑯ 緊急時施設療養費 | |
| 緊急時治療管理 | 5 1 8 円／日 |
| 特定治療 | 該当する医療点数 |
| ⑰ 生産性向上推進体制加算（Ⅰ） | 1 0 0 円／月 |
| ⑱ 生産性向上推進体制加算（Ⅱ） | 1 0 円／月 |
| ⑲ サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 2 2 円／日 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 1 8 円／日 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6 円／日 |
| ⑳ 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） | 所定単位数の 9.7 % を加算 |
| ㉑ 特定短期入所療養介護（日帰り短期入所） | |
| ・ 3 時間以上 4 時間未満 | 6 6 4 円 |
| ・ 4 時間以上 6 時間未満 | 9 2 7 円 |
| ・ 6 時間以上 8 時間未満 | 1 2 9 6 円 |
| 上記金額は全ての要介護度で同じです。 | |

※地域区分は 7 級地（1 0 . 1 4 円）

※介護報酬改定等により、サービス利用料金の算定単位数が変更となる場合があります。
その際は、初回契約時のご同意をもって、以後の変更についてもご同意いただいたものとして取り扱わせていただきますので、あらかじめご了承ください。

（2）その他の料金

- ① 食費 （朝）6 6 0 円 （昼）7 0 0 円 （夕）7 0 0 円
（ただし、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の負担限度額が 1 日にお支払いいただく食費の上限となります。）
- ② 居住費（療養室の利用費）（1 日当たり）
- | | |
|-----------|-----------|
| ・ 個室 | 1 9 4 0 円 |
| ・ 二人室、四人室 | 7 7 0 円 |
- （ただし、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の負担限度額が 1 日にお支払いいただく居住費の上限となります。）

※ 上記①「食費」及び②「居住費」において、国が定める負担限度額段階（第 1 段階から第 3 段階まで）の利用者の自己負担額については、別添資料をご覧ください。

③ 個別の選択によりかかる費用

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. 入所セット | 3 5 2 円／日（税込）（外部委託） |
| | 7 7 0 円／日（税込）（外部委託） |
| 2. 洗濯代 | 3 3 0 円／日（税込）（外部委託） |
| 3. 特別な室料 個室： | 1 1 0 0 円／日（税込） |
| 二人室： | 5 5 0 円／日（税込） |

（3）支払い方法

毎月月末締めで、翌月 10 日以降に前月の請求書をさせていただきます。
口座からの自動引落の請求書と領収書をお渡し致します。

参考別紙

<主な苦情・相談窓口>

①三重県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情処理係

〒514-8553 津市桜橋2丁目96番地 三重県自治会館 2階

TEL: 059-222-4165

②四日市市役所 福祉部 介護・高齢福祉課

〒510-8601 四日市市諏訪町1番5号

TEL: 059-354-8425・8170

③桑名市役所 介護・高齢福祉課

〒511-8601 桑名市中央町2-37

TEL: 0594-24-1170・1186

④いなべ市役所 福祉部 長寿介護課【大安庁舎】

〒511-0292 いなべ市大安町大井田2705番地

TEL: 0594-78-3518

⑤鈴鹿市役所 保健福祉部 長寿社会課【本館1階】

〒513-8701 鈴鹿市神戸一丁目18番18号

TEL: 059-382-7935

⑥菰野町役場 健康福祉課 介護保険係

〒510-1292 三重郡菰野町大字潤田1250番地

TEL: 059-391-1125

⑦その他、お住まいの市役所、町村役場の介護保険担当部署または、地域包括支援センターまでお問い合わせ下さい。

**「国が定める利用者負担限度額段階（第 1 ～ 3 段階）」
に該当する利用者等の負担額
（令和 8 年 8 月 1 日改正）**

- 利用者負担は、所得などの状況から第 1 ～ 第 4 段階に分けられ、国が定める第 1 ～ 第 3 段階の利用者には負担軽減策が設けられています。
- 利用者が「利用者負担」のどの段階に該当するかは市町村が決定します。第 1 ～ 第 3 段階の認定を受けるには、利用者ご本人（あるいは代理人の方）が、ご本人の住所地の市町村に申請し、市町村より「介護保険負担限度額認定証」を受ける必要があります。この利用者負担段階について介護老人保健施設が判断・決定することはできません。また、「認定証」の提示がないと、いったん「第 4 段階」の利用料をお支払いいただくことになります。（「認定証」発行後、過払い分が「償還払い」される場合があります）
- 利用者負担第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階に該当する利用者とは、おおまかには、介護保険料段階の第 1 ・ 第 2 ・ 第 3 段階にある次のような方です。

【利用者負担第 1 段階】

本人および世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金の受給者の方
生活保護の受給者の方

【利用者負担第 2 段階】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 8 2.6 5 万円以下の方

【利用者負担第 3 段階①】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 8 2.6 5 万円超 1 2 0 万円以下の方

【利用者負担第 3 段階②】

本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額が 1 2 0 万円超の方

- その他詳細については、市町村窓口でおたずね下さい。
- 第 1 段階～第 3 段階利用者（食費、居住費）

1. 食費 1 日あたり 1 5 4 5 円

2. 居住費 個室 1 7 2 8 円／日
 多床室（二人室、四人室） 4 3 7 円／日

※ ただし、上記料金は当施設の設定金額であり、利用者負担は下記の表に定める額である。上記料金との差額は市町村から補足給付として支払われる

負担額一覧表（１日当たりの利用料）

	食 費	利用する療養室のタイプ		
		個室	二人室	四人室
利用者負担第１段階	３００円 【３００円】	５５０円	０円	０円
利用者負担第２段階	３９０円 【６００円】	５５０円	４３０円	４３０円
利用者負担第３段階①	６８０円 【１０３０円】	１３７０円	４３０円	４３０円
利用者負担第３段階②	１４２０円 【１３６０円】	１４７０円	５３０円	４３０円

※ 【 】内の金額は、短期入所療養介護を利用した場合の額です。