

重要事項説明書

桜ホーム短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護

1. 施設の概要

(1) 施設の名称

- ・施設名 桜ホーム短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）
- ・開設年月日 平成14年4月1日
- ・所在地 長野市篠ノ井二ツ柳字大当1432番地3
- ・電話番号 026-290-1133
- ・設置者名 川上 淑人
- ・管理者名 堀越 元三郎

(2) 指定短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護の目的と運営方針

要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）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出来るよう、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により、療養生活の質の向上及び利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

(3) 職員体制

職種	指定基準	業務内容
管理者（医師と兼務）	1名	業務統括、職員の指揮監督
医師（管理者と兼務）	1名	診療
支援相談員	1名以上	相談援助、連絡調整
理学・作業療法士	1名以上	リハビリテーション
看護・介護職員	34名以上	診療の補助及び介助、介護
管理栄養士	1名以上	栄養指導
介護支援専門員	1名以上	サービス計画の作成
薬剤師	1名	薬剤の管理、調剤
事務職員	必要数	庶務・経理等

2. サービス内容

- ① 短期入所療養介護（介護予防短期入所療養介護）計画の立案
- ② 利用者の身体状況、病状及び嗜好を考慮した食事の提供、及び栄養管理
- ③ 利用者の心身の状況により、週2回以上適切な方法により、入浴又は清拭を行います。
- ④ 利用者の病状及び心身の状況に応じ、看護及び医学的管理の下に、褥瘡の発生防止及び感染症の予防、蔓延防止等適切な介護その他必要な医療を行います。

- ⑤ 利用者の心身の諸機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるため、必要なりハビリテーションを行います。
- ⑥ 相談援助サービスを行います。
- ⑦ 要望により送迎を行います。
- ⑧ 介護事故発生防止等安全管理体制を整備します。

3、利用料金について

(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の程度、及び従来型個室・多床室の別により利用料が異なります。）
 - ② R6. 5. 31まで
 {総単位数（介護報酬＋各種加算／日）×利用日数＋介護職員改善加算＋介護職員等特定処遇改善加算} ×10.14の1割（所得により2割または3割）が利用者負担となります。
 - ③ R6. 6. 1から
 {総単位数（介護報酬＋各種加算／日）×利用日数＋介護職員等処遇改善加算} ×10.14（切捨て）の1割（所得により2割または3割）が利用者負担となります。
- ※下記に示す計算例（1割負担の例）は、基本的なサービスを選択した場合の計算例です。この外のサービスを選択した場合は、別途料金が算定され加算となります。

◇< i > 従来型個室料金表〔I〕 基本型（1日の概算） ※R6. 8. 1改定版で計算

要介護度	介護報酬単位数			介護職員等処遇改善加算 (単位)	日額 利用料 (円)	利用者負担額 1割 (円)	保険給付対象外料金		1日の自己負担額 (例) 第4段階 1割(円)
	単位	サービス提供体制強化加算 (単位)	在宅復帰在宅療養支援機能加算 (単位)				居住費 (第1段階～第4段階)	食費 (第1段階～第4段階)	
1	753	6	51	61	8,831	884	1 550円 2 550円 3① 1370円 3② 1370円 4 1728円	1 300円 2 600円 3① 1000円 3② 1300円 4 1632円	4,244
2	801			64	9,349	935			4,295
3	864			69	10,038	1,004			4,364
4	918			73	10,626	1,063			4,423
5	971			77	11,204	1,121			4,481

◇< ii > 多床室（2人室）料金表 基本型（1日の概算） ※R6. 8. 1改定版で計算

要介護度	介護報酬単位数			介護職員等処遇改善加算 (単位)	日額 利用料 (円)	利用者負担額 1割 (円)	保険給付対象外料金		二人室料金 (円)	1日の自己負担額 (例) 第4段階 1割(円)
	単位	サービス提供体制強化加算 (単位)	在宅復帰在宅療養支援機能加算 (単位)				居住費 (第1段階～第4段階)	食費 (第1段階～第4段階)		
1	830	6	51	67	9,673	968	1 0円 2 430円 3① 430円 3② 430円 4 437円	1 300円 2 600円 3① 1000円 3② 1300円 4 1632円	694円	3,731
2	880			70	10,210	1,021				3,784
3	944			75	10,910	1,091				3,854
4	997			79	11,488	1,149				3,912
5	1052			83	12,086	1,209				3,972

◇< iii >多床室（4人室）料金表 基本型（1日の概算） ※R6. 8. 1改定版で計算

要介護度	介護報酬単位数			介護職員等処遇改善加算 (単位)	日額 利用料 (円)	利用者負担額 1割 (円)	保険給付対象外料金		1日の自己負担額 (例) 第4段階 1割 (円)
	単位	サービス提供体制強化加算 (単位)	在宅復帰在宅療養支援機能加算 (単位)				居住費 (第1段階～第4段階)	食費 (第1段階～第4段階)	
1	830	6	51	67	9,673	968			3,037
2	880			70	10,210	1,021	1 0円 2 430円	1 300円 2 600円	3,090
3	944			75	10,910	1,091	3① 430円	3①1000円	3,160
4	997			79	11,488	1,149	3② 430円	3②1300円	3,218
5	1052			83	12,086	1,209	4 437円	4 1632円	3,278

介護予防短期入所療養介護費

a 従来型個室（i）従来型	要支援1	579単位
	要支援2	726単位
b 多床室（iii）従来型	要支援1	613単位
	要支援2	774単位

◆体制状況により、以下の内容より算定いたします。

* サービス提供体制強化加算

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

* 介護職員処遇改善加算（四捨五入）R6. 5. 31まで

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 39/1000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 29/1000 加算
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の 16/1000 加算

※ 区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※ 介護職員処遇改善加算 = (介護報酬 + 各種加算) × 利用日数 × 39/1000

* 介護職員等特定処遇改善加算（四捨五入）R6. 5. 31まで

介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の 21/1000 加算
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の 17/1000 加算

※ 区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※ 介護職員等特定処遇改善加算

= (介護報酬 + 各種加算(「介護職員処遇改善加算」除く)) × 利用日数 × 17/1000

* ベースアップ等支援加算（四捨五入）R6. 5. 31まで

ベースアップ等支援加算 所定単位数の 8/1000 加算

※ 区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※ ベースアップ等支援加算

= (介護報酬 + 各種加算(「介護職員処遇改善加算」除く)) × 利用日数 × 8/1000

*介護職員等処遇改善加算（四捨五入）R6.6.1から

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の	75/1000	加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）	所定単位数の	71/1000	加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の	54/1000	加算
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の	44/1000	加算

※ 区分支給限度基準額の算定対象外とする。

※ 介護職員等処遇改善加算＝（介護報酬＋各種加算）×利用日数×75/1000

*在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	51単位/日
*送迎加算	184単位（片道）
*療養食加算	8単位/回（食）
*認知症ケア加算（認知症専用棟入所の場合）	76単位/日
*個別リハビリテーション実施加算	240単位/日
*若年性認知症利用者受入加算	120単位/日
*緊急時施設療養費（緊急時治療管理）月3日限度	518単位/日
*総合医学管理加算 7日を上限	275単位/日
*緊急短期入所受入対応加算 7日を上限（やむを得ない事情がある場合は14日）	518単位/日

(2) その他の料金（ご利用者の選択によります）

①食費 朝食：388円、昼食：663円、夕食：581円
ただし、市町村民税非課税世帯にあたる第1段階から第3段階の方の食費負担額は、従来型個室料金表、多床室料金表に示す額を上限とします。

②居住費

従来型個室料金表、2人室料金表、多床室（4人室）料金表に示すとおりです。

③理美容代 実費（カットのみであれば、2,000円程度）

④日常生活費

イ.日用品費 CSセットメニュー（業務委託）

ご利用者、ご家族への更なるサービス向上、感染予防を目的として、日用品を専門業者への業務委託としております。セットメニューおよび金額につきましては、委託業者のリーフレットをご参照ください。

ロ.教養娯楽費

行事等に要する材料費等を負担していただきます。

⑤電機器具使用料 1日 100円

⑥私物洗濯料 原則はご家族対応になります。やむをえない場合に限り、施設で対応いたします。その場合の料金は1カ月につき500円（衣類については記名が必ず必要です）で申し受けます。

⑦区域外送迎費 事業実施区域外を送迎については、区域外よりキロ100円を算定します。

⑧診断書作成料 2,000円 死亡診断書 5,000円、10,000円（夜間）を申し受けます（税別）。

(3) 支払方法

・毎月10日頃までに、前月分の請求書を発行しますので、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いたします。

お支払い方法は、現金、銀行振込、金融機関口座自動引き落としの3方法があります。入所契約時にお選びください。尚自動引落しを選択された場合、引落とし手数料は利用者負担となります。

4. 協力医療機関

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
 - ・ 名 称 J A長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院
 - ・ 住 所 長野市篠ノ井会666番地1
- ・ 協力歯科医療機関
 - ・ 名 称 アイ歯科クリニック
 - ・ 住 所 長野市篠ノ井会670-18

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

5. 非常時災害対策

(1) 防災設備

火災通報装置、スプリンクラー、煙感知器、屋内消火栓設備

(2) 防災訓練

- ① 防火教育及び総合防災訓練（初期消火、通報、避難） 年2回以上
- ② 非常災害設備の使用法の周知徹底 随時

6. 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。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には、要望や苦情の「苦情相談窓口」を定めております。お気軽にご相談ください。速やかに対応いたします。

8. サービスの第三者評価の実施について

実施なし