短期入所療養介護重要事項説明書
(ユニット型)

１．法人の概要

名称	医療法人社団　恵心会
代表者	理事長　　武田　敏也
所在地	京都市下京区西七条南衣田町１１番地
設立	２００４年４月１日
電話番号	０７５－３１２－７００１
医療事業	京都武田病院　　１ヶ所
介護事業	訪問看護　　２ヶ所 訪問リハビリテーション　　２ヶ所 居宅療養管理指導　　１ヶ所 通所リハビリテーション　　２ヶ所 居宅介護支援事業所　　３ヶ所 短期入所療養介護　　１ヶ所 介護老人保健施設　　１ヶ所 介護予防訪問看護　　２ヶ所 介護予防訪問リハビリテーション　２ヶ所 介護予防居宅療養管理指導　　１ヶ所 介護予防通所リハビリテーション　２ヶ所 介護予防短期入所療養介護　　１ヶ所

２．施設の概要

１）施設の名称・所在地等

施設名	介護老人保健施設　京都綾部さくらホーム
所在地	京都府綾部市高津町遠所１番地６１１
電話番号	０７７３－４０－１０６６
管理者名	荻野　嘉夫
開設年月日	２００６年４月１日
介護保険指定番号	２６５１８８００２９

２）介護サービスの種類

・介護老人保健施設　　全　１００床

・短期入所療養介護　　（上記床数に含む）

・介護予防短期入所療養介護　　（上記床数に含む）

３）その他のサービス

・通所リハビリテーション　　定員３０名

・介護予防通所リハビリテーション　　（上記定員に含む）

・訪問リハビリテーション

４）居室の内容

・準ユニット型個室　　２ユニット　２０室　２０名

５）職員の体制　　（単位：人）

※網がけの所は、多床室との重複を含みます。

職　　種	常勤	非常勤	合計	業　務　内　容
医師（管理者）	1	0	1	職員管理，施設管理，利用者の健康管理
看護職	3	0.4	3.4	利用者への看護の提供
介護職	3	1.8	4.8	利用者への介護の提供
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	0.1 0.1 0.1	0 0 0.1	0.1 0.1 0.2	利用者の自立支援を目的として必要なリハビリテーションを実施
管理栄養士	1	0	1	利用者の栄養管理・指導
薬剤師	0	0.4	0.4	利用者の薬剤管理・指導
支援相談員	3	0	3	利用者の相談援助
介護支援専門員	3	0	3	給付管理・施設サービス計画作成
その他	12	1.7	13.7	事務・調理業務等

３．サービスの内容

１）短期入所療養介護計画の立案

２）食事の提供（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）

・朝食　午前８時　　・昼食　正午　　・夕食　午後６時

３）入浴の提供

一般浴槽の他、入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。利用者は週に最低２回ご利用いただきます。ただし、利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。

４）医学的管理・看護の提供

５）介護の提供（退所時の支援も行います。）

６）リハビリテーション

７）相談援助サービス

８）栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

９）週１回のシーツ交換

10）介護保険更新の援助・代行

11）オムツ交換・排泄援助

12）その他

・爪きり、口腔ケア等

・理容サービス　　但し出入り業者が行います

・洗濯代行

これらのサービスの内、利用者から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

４．施設利用に当たっての留意事項

短期入所療養介護を利用される場合は、入所時にお渡しします「入所案内」をご熟読いただくとともに特に以下の点に留意して当施設の職員の指示に従ってください。

１）消灯時間は、午後９時です。

２）食事時間は朝食午前８時から、昼食は正午から、夕食は午後６時からです。医師から居室での食事を指示されている場合を除き、原則として食堂でお願いします。

３）医師・看護職員・介護職員等の指示を守り、他の利用者の迷惑にならないようにしてください。

４）施設内での飲酒、暴力等、他の利用者に迷惑をかけ、職員の指示に従わない場合は即時退所していただきます。

５）火災予防及び健康管理のため、施設内は全館禁煙となっておりますので、入所中の喫煙はご遠慮願います。

６）多額の現金・貴重品等は防犯上、施設に持ち込まないようにしてください。止むを得ない事情により持ち込まれる場合は施設として責任を負いかねますので各自充分注意して保管するようにお願いします。

７）衛生管理上の理由から、オムツは当施設でご用意しますので、お持込されないようお願いします。

８）電気ストーブ等の電熱器の使用は防災管理の必要上、禁止させていただいております。止むを得ない事情により持込を施設長が許可をした場合は電気使用料をいただきます。

９）入所中、荷物類やお見舞いの食品等が長期間放置されますと、食中毒等衛生管理上問題が生じます。荷物類や食品類は整理整頓し、衛生管理に充分留意してください。また、食品類は放置したままにしておられると予告なしに処分することがあります。

10）やむを得ない事情により居室を変更させていただくこともありますのでご了承ください。

11）入所時の持参品は洗面用具、スリッパ、小やかん、湯のみ、箸、日用品、印鑑、

筆記用具、保険証等です。その他詳細は「入所案内」をご参照ください。

12) 外出・外泊される場合は所定の「外出・外泊届出書」に必要事項を記載のうえ、施設長の許可を受けた後、外出・外泊してください。なお、施設長の指示、留意事項を厳守してください。外出・外泊時に病状の急変等があった場合は施設にご連絡ください。

13) 入浴については、施設内の入浴施設をご利用ください。なお、利用者の状態等により施設長の判断で部分入浴や清拭になる場合があります。また入浴施設は男女別や時間帯により利用が制限される場合がありますので、職員の指示に従ってください。

14) 面会時間は午前９時～午後６時までですので、定められた時間内でお願いします。なお、原則として談話室でお願いします。

15) ペットの持ち込み・飼育はお断りします。

16) 所持品・備品には必ず全て氏名をご記入ください。収納場所が限られていますので必要なもの以外はお持ち帰りください。職員の過失による紛失及び破損以外については責任を負いませんので、ご了承ください。

５．利用料金等

１）介護保険適用のサービスに係る利用者負担金について

介護保険で給付されるサービスにかかる利用料は原則として介護報酬に定めた額の内、利用者に応じた負担割合の金額となります。ただし、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法的代理受領ができなくなる場合があります。その場合は一旦介護報酬に定められた額の全額を徴収し、サービス提供証明書を発行します。この証明書を後日居住地の市町村の介護保険の窓口に提出されますと、払い戻しを受けることができます。

当施設に入所された場合の１日あたりの介護保険適用部分の利用者負担額は以下の通りです。１日当たり１円単位となりますが、ここでは概算額（目安）とします。なお、この額の他、入所時、退所時や主治医の指示のもと療養上必要な栄養士の指導やリハビリテーション等を受けた場合は目安料金に加算されます。また、急病等により緊急に必要な治療をうけられた場合も所定の金額が加算されます。

京都府の福祉制度等の減額制度をご利用の方は入所時にその受給者証等をご提示ください。又、生活保護受給者等も公費で補助される場合があります。

［下記の金額は各種減額制度をご利用でない場合の１日あたりの目安です］

	利用者負担金（ユニット型）	備　考
要介護１	８３６円	
要介護２	８８３円	
要介護３	９４８円	
要介護４	１，００３円	
要介護５	１，０５６円	

上記の他に、利用者の状態に応じてリハビリテーション機能強化加算や個別リハビリテーション実施加算等の加算分が必要となります。詳細は「利用料金表」をご参照ください。

２）食費について

朝食３０５円･昼食６２０円･夕食６２０円を一食毎に徴収させていただきます。（所得等により公費で補助される場合もあります）　なお、この費用は食材料費及び調理費等に相当する金額です。

３）居住費について

１日５４７円を徴収させていただきます。（食費と同様に居住費についても所得等により公費で補助される場合もあります）なお、ユニットケア（個室）ご利用の場合は１日１，８４０円となります。又、この費用は水道光熱費、生活経費の費用に相当する金額です。

４）その他保険サービス適用外のサービス内容と利用料について

① 特別な室料

個室をご利用の場合、特別な室料として、下記の金額を徴収させていただきます。これらは居住費に含まない経費や個室のみに設置された療養環境を良くするためにかかる費用に相当する額です。

Ａタイプ（トイレ付）	１日	１，０５０円（税込）
Ｂタイプ（トイレ無）	１日	８４０円（税込）

② 洗濯料について

２・３階のコインランドリーをご利用ください。１回２００円です。なお、希望者は当施設でも洗濯させていただきますが、その場合は自費負担となります。

小（下着類）	１枚	１０５円（税込）
中（パジャマ・大判タオル等）	１枚	２１０円（税込）
大（毛布など）	１枚	４２０円（税込）

③ おやつ代

入所中の利用者が午後３時に食べていただくおやつ代であり、おやつを希望する方のみ徴収させていただきます。

１日　　１０５円（税込）

④ 教養娯楽費

入所中に行う諸行事（お誕生会のケーキやプレゼント）に使う経費や娯楽のための費用に使用します。

１日　　２１０円（税込）

⑤ 電気代

施設長の許可を得て電気製品（ラジオ・パソコン等）を持ち込まれた場合に徴収させていただきます。なお、特別な室料を負担している個室は無料とします。

１日　　５３円（税込）

⑥ その他の日常生活費等

その他の寝巻、タオル等入所生活に必要で本来なら利用者や家族でご準備いただくものや、その他入所中に特に希望されるもので、当施設にその準備を依頼される場合は実費でご用意させていただきますのでお申し出ください。項目及び費用については、「利用料金表」をご参照ください。

６．利用料等の請求および徴収方法について

介護保険負担金及び上記５に係わる費用については下記の要領により徴収させていただきます。

① 締め日

毎月月末に締め切り、請求書は翌月１５日ごろに利用者本人または家族にお渡しします。

② 支払方法

ご指定の郵便局または銀行口座よりの自動引き落としとなります。

③ 銀行振込の場合

原則は自動引落としでのお支払いとなりますが、やむを得ない事情により自動引落としができない場合は銀行振込でも受け付けます。

【振込み先口座】

三菱ＵＦＪ信託銀行　京都支店　普通預金　Ｎｏ．３３７１６３０

名義人　　医療法人社団　恵心会

理事長　武田 敏也

《注意》　なお、振込手数料は各自でご負担ください。

振込人は必ず利用者名でお願いします。

④ お支払いについて、締め切り日を経過しますと別に定める割合により利息を頂戴することとなりますのでご留意ください。

⑤　領収書は当施設指定の様式で発行しますが、明細は請求書をご参照ください。

７．サービス内容に関する苦情・相談

サービス内容に関する苦情・ご相談があれば、ご遠慮なく受付窓口でご相談ください。又、窓口に「意見箱」を設置し、文書での苦情・ご相談も受け付けております。皆様方からの苦情については当施設が定めた「苦情処理マニュアル」に従い速やかに対応させていただきます。

担当者　　苦情管理責任者　荻野　嘉夫

連絡先　　介護老人保健施設京都綾部さくらホーム

℡０７７３－４０－１０６６

その他に保険者である市町村の相談・苦情窓口や京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口にも苦情を伝える事ができます。

綾部市役所	TEL　０７７３－４２－３２８０
京都府国民健康保険団体連合会	TEL　０７５－３５４－９０９０
中丹東保健所	TEL　０７７３－７５－０８０５

なお、施設内における体制等の詳細については、契約時にお渡しする「苦情処理のために講ずる処置」をご参照ください。

８．緊急時の対応

１）利用者が入所中に心身の状態が急変した場合、当施設は、利用者及びその家族等が指定する者に対し、緊急に連絡します。

２）その状態により、利用者に対して当施設における介護保健施設サービスでの対応が困難と判断される場合や専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介します。

３）火災・天災・事故その他の緊急時を含め、当施設が定めた「緊急時対応マニュアル」をはじめとした各種マニュアルに従い、速やかに対応します。

９．事故の防止及び発生後の対応について

１）利用者の安全を第一に、当施設が定めた「事故発生時対応マニュアル」に従い事故の防止に日頃より努力しておりますが、やむを得ない事情や利用者の過失等により事故が発生する場合もありますのでご了承ください。

又、万が一事故が発生した場合も「事故発生時対応マニュアル」に従い速やかに対応します。

２）なお、サービス利用中に万が一、当施設の責めに帰すべき事由により事故が発生した場合は、利用者に対して当施設が加入しています損害賠償保険にて対応させていただく場合もありますのでご承知ください。

３）事故発生の場合、その状況により京都府･綾部市等行政機関への事故報告をさせて

いただきます。

１０．非常災害対策

１）当施設の非常災害対策については消防法施行第３条に規定する消防計画および風水害、地震等の災害に対処する計画に則り、また消防法第８条に規定する防災管理者を設置して万全を期しております。また当施設の防災計画により緊急時の対応は万全ですのでご安心ください。

２）当施設の防災設備

スプリンクラー、消火器、消火栓、自動火災通報装置、緊急放送設備

３）防災訓練

年２回実施

（附則）　２００６年４月１日　施行

（最終改訂）　２０２６年８月１日　一部改訂

以上の契約を証するため、本書２通を作成し、利用者と当施設とが署名捺印のうえ、１通ずつ保有するものとします。

契約締結日　　年　　月　　日

契約者氏名

施　設（事業所名）　医療法人社団恵心会　介護老人保健施設
京 都 綾 部 さ く ら ホ ー ム
〔 指定番号　2651880029　　京都府 〕

（住　　所）　京都府綾部市高津町遠所１番地６１１

（代表者名）　施設長　荻　野　嘉　夫

利用者（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

短期入所療養介護を利用するにあたり、利用者に対して契約書および説明書に基づいて重要事項を説明致しました。

事業所側説明者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は契約書及び説明書により貴事業所から短期入所療養介護についての重要事項の説明を受けました。また、契約書第１１条の秘密保持に関し、行政機関やその他の機関等への申請や情報提供等に、私および私の家族の個人情報を契約の有効期間中に用いることを同意致します。

併せて、重要事項説明書に記載された利用者負担金及び実費等のその他の利用料についての説明も受け、その支払いについても同意致します。

利用者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印