

# サテライト型小規模介護老人保健施設 あつとほ一む習志野

(介護予防) 短期入所療養介護施設サービス 重要事項説明書

(令和6年12月1日改定)

## 1・法人の概要

法人の名称	医療法人社団 愛友会
代表者職名	理事長 中村康彦
法人の住所	埼玉県上尾市柏座 1-10-10
法人の連絡先	電話番号 048-773-1111
事業所番号	1250280024

## 2・施設の概要

### 1) 施設の名称等

施設名	サテライト型小規模介護老人保健施設 あつとほ一む習志野
開設年月日	平成24年3月27日
所在地	千葉県習志野市大久保 4-2-11
施設の連絡先	電話 047-470-1051 FAX 047-470-1052
管理者	阪本 泰夫
運用する主な他の事業者サービス内容	介護老人保健施設 (介護予防)通所リハビリテーション

### 2) 施設理念・施設方針

#### ●施設理念

地域を愛し、地域から信頼され愛される施設を目指す

#### ●施設方針

利用者の人としての尊厳を支え、権利を守り、より快適な自立生活を支援する

一、「個別ケア」の充実を図り、「生活機能」の向上を推進する

一、地域との連携を積極的にすすめる

一、安全で安心なサービスを提供する

一、職員個々の「学び」を深め、働く満足と誇りを高める

### 3) 短期入所療養介護の目的

(介護予防) 短期入所療養介護は、要介護状態及び要支援状態と認定された利用者(以下「利用者」という)に対し、介護保険法令の趣旨に従って、(介護予防) 短期入所療養介護計画を立て実施し利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。

### 4) サテライト型小規模介護老人保健施設あつとほ一む習志野運営方針

①当施設は、(介護予防) 短期入所療養介護計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法、その他必要なりハビリテーションを行い、利用者の心身機能の維持回復を図り利用者が、一日でも長く居宅での生活を維持できるよう在宅ケアの支援に努める。

②当施設は、利用者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合以外は、身体拘束を行わない。

- ③当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止のための必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じる。
- ④当施設は、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市区町村と綿密な連携を図り、利用者が地域において総合的サービスの提供を受けることが出来るよう努める。
- ⑤当施設は、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供に努める。
- ⑥サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して利用上必要な事項について、理解しやすいように説明を行うと共に利用者の同意を得て実施するよう努める。

5) (介護予防) 短期入所療養介護の職員体制

令和6年11月 現在

	常勤	非常勤	本体兼務	業務内容
医師	0	1	1	利用者の病状・心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
看護職員	3	0	0	医師の指示及び施設サービス計画書に基づいた看護を行う。
介護職員	14	1	0	施設サービス計画に基づいた介護を行う。
支援相談員	1	0	0	利用者・家族の相談に応じる。居宅介護支援専門員及び関係機関との連携を図る。
リハビリ	4	1	0	リハビリテーションプログラムの作成・機能訓練の実施・指導を行う。
介護支援専門員	1	0	0	居宅サービス計画書に基づいた施設サービス計画書の策定を行う。
薬剤師	0	0	1	医師の指示に基づき、薬の調剤を行う。
管理栄養士	0	0	1	栄養・栄養指導・利用者の食事管理を行う。
事務職員	2	0	0	事務全般を行う
その他	0	7	0	リハビリ助手、送迎

6) 療養室

①4 人部屋

②2 人部屋（別途料金を頂きます。）

③個室（別途料金を頂きます。）

\*療養上の都合により、療養室が変更になる場合がございます。

3・サービス内容

① 施設サービス計画の立案・実施・評価・計画の見直し

当施設でのサービスは、施設サービス計画書に基づいて提供が行われます。この計画書は利用者・家族の希望を十分取り入れ多職種により作成し、計画書の内容に基づいて説明し、同意を頂いた上で実施します。

② 医学的管理の下の看護・介護

医師及び看護職員、介護職員を配置しております。利用者には適切な医療・看護・介護を行います。

③ リハビリテーション

④ 食事提供

朝食 8:00、昼食 12:00、夕食 18:00

食堂で召し上がって頂きます。

⑤ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理

⑥ 入浴

週に 2 回行います。利用者様の身体状況に応じて清拭となる事もあります。  
一般浴の他、介助を要する場合には特別浴槽で対応します。

⑦ レクリエーション

⑧ 相談援助サービス

⑨ 理美容サービス

希望される場合には別途料金となります。

⑩ 送迎

**4・主な利用料金** (詳細は、別紙利用料金表をご参照下さい。)

1) 介護保険分 地域区分単価 4 級地 (10.54 円)

① 基本サービス費

	多床室	個室
要支援 1	672 単位	632 単位
要支援 2	834 単位	778 単位
要介護 1	902 単位	819 単位
要介護 2	979 単位	893 単位
要介護 3	1044 単位	958 単位
要介護 4	1102 単位	1017 単位
要介護 5	1161 単位	1074 単位

② 加算について

夜勤職員配置加算	1 日につき	24 単位
サービス提供体制加算	1 日につき	22 単位
在宅復帰在宅療養支援加算 II	1 日につき	51 単位

以下、該当する利用者様のみ加算されます。

送迎加算	片道	184 単位
個別リハビリテーション加算	1 日につき	240 単位
療養食加算	1 食につき	8 単位
若年性認知症入所者受入加算	1 日につき	120 単位
重度療養管理加算 I	1 日につき	120 単位
緊急短期入所受入加算	1 日につき	90 単位
緊急時治療管理加算	1 日につき (3 日を限度)	518 単位
総合医学管理加算	1 日につき (10 日を限度)	275 単位
口腔連携強化加算	1 月につき	50 単位
生産性向上推進体制加算 I	1 月につき	100 単位
生産性向上推進体制加算 II	1 月につき	10 単位

③ i ご利用料金は利用したサービスの単位数に地域加算 4 級地 (10.54 円) と介護職員処遇改善加算 I (7.5%) を乗じて算出されます。

ii 介護保険負担割合証に記載されている負担割合に応じて、1割負担・2割負担・3割負担となります。

iii 料金については介護保険の端数処理の関係で若干の誤差が生じることがあります。

## 2) 保険外自己負担費用

### ①滞在費

部屋の種類に応じて1日につき以下の金額が必要となります。

4人部屋	2人部屋	個室
780円	780円	1,780円

\*介護保険負担限度額認定証の提示があった場合は別途金額となります。

### ②食費

朝食	580円
昼食	790円
おやつ	80円
夕食	710円

\*介護保険負担限度額認定証の提示があった場合は、別途金額となります。

急な受診等のおきましては、実際にはお食事を摂られていない場合でも食事代を頂くことがございますので、予めご了承ください。

### ③日用品・教養娯楽費・喫茶代

ご利用を希望する場合、入所1日につき以下の金額が必要となります。

日用品費（歯ブラシ、石鹸、タオル等）	210円/日
教養娯楽費（画材、工作用品等）	210円/日
おやつ代	80円/日
喫茶代	50円/日

### ④電気代

医療や介護に直接的に関わるものを除き、利用者又は家族の希望により電化製品を持ち込む場合、以下の金額が必要です。

電気代（ラジオ、パソコン、携帯電話など）	22円（1台・1日あたり）
----------------------	---------------

### ⑤特別な室料

個室を利用した場合、1日につきそれぞれ以下の金額が必要です。

個室	2人部屋
2,080円	1,040円

## 3) 支払方法

当施設は、月毎に計算した利用料金の請求書を指定の送付先に翌月15日までに発送し、その月の27日に利用者及び家族に預金口座振替でお支払い頂いております。口座振替の手続きが完了していない場合、利用料金は期日までに現金でお支払い頂きます。

## 5・協力医療機関

当施設の医療機関・歯科医療機関は以下の通りです。

名称 津田沼中央総合病院

住所 習志野市谷津1-9-17

電話 047-476-5111

#### ◇緊急時の連絡先

緊急時は、「契約書」ご記入頂いた連絡先、及び居宅介護支援事業者に連絡いたします。

#### 6・緊急の受診について

病院に受診する際には、以下の点にご注意ください。

- 1) ショートステイ利用中の定時の受診は出来ません。
- 2) 受診は、当施設医師の判断により必要と認められた場合に行います。施設医師の判断なしに受診しないで下さい。
- 3) 受診が必要となった場合は、健康保険証等と診療情報提供書が必要となります。診療情報提供書は当施設医師が発行します。
- 4) 受診時には家族等の付き添いをお願いします。

#### 7・事故発生時

- 1) 利用者に対する介護サービス等の提供について事故が発生した場合は、直ちに管理者の責任において必要な措置を取るとともに利用者の家族等に連絡します。また、死亡事故その他重大な事故については、遅滞なくその概要を県及び市区町村に報告することとします。
- 2) 事故が発生した場合は、管理者はその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。事故に至らなかった出来事(インシデント)についても同様とします。
- 3) 事故発生の防止のための指針を整備します。
- 4) 事故発生の防止のための定期的な委員会及び従業者に対する研修を実施します。
- 5) 前4項に掲げる措置を適正に実施するための担当者を設置します。

#### 8・虐待の防止

当施設は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- 1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- 2) 虐待防止のための指針を整備する。
- 3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- 4) 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定する。
- 5) 従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市区町村に通報する。

#### 9・褥瘡対策

当施設は、利用者に良質なサービスを提供する取り組みの一つとして、褥瘡が発生しない様な適切な介護に努めるとともに、褥瘡対策指針を定め、その発生を防止するための体制を整備しています。

#### 10・衛生管理

当施設は、利用者が使用する施設の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

感染症の発生又はまん延しないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を

定め、必要な措置を講ずるための体制を整備します。

- 1) 当施設における感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- 2) 当施設における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- 3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施する。

#### 11・業務継続計画

- 1) 当施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する介護保険施設サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じます。
- 2) 当施設は、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的 to 実施します。
- 3) 当施設は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 12・留意事項

当施設利用にあたっての留意事項を下記のとおりといたします。

- 1) 面会受付時間：平日・土日祝　：10時30分～18時45分（19時に1階自動ドア施錠）  
年末年始（12/31～1/1）：10時30分～16時45分（17時に1階自動ドア施錠）  
施設内の感染状況や社会情勢により、面会の制限や面会方法の変更を行う場合があります。施設ホームページ又は事務室受付窓口にてご確認をお願いします。
- 2) 消灯時間は、21時となります。
- 3) 金銭・貴重品は極力持ち込まないで下さい。紛失・盗難の責任は負いかねます。
- 4) 感染症等が流行した場合、緊急措置として個室にて対応させて頂くことがあります。  
その場合、個室を利用されている方は多床室への移動を、多床室を利用されている方は、個室への移動をお願いする場合があります。尚、多床室から個室へ移動になった場合、個室料金は頂きません。
- 5) 飲食物のお持ち込みはご遠慮ください。
- 6) その他、ご不明な点はご遠慮なくお気軽にお問い合わせ下さい。

#### 13・個人情報の利用目的

当施設では、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を下記のとおり定めます。

- 1) 利用者への介護サービスの提供に必要な利用目的

##### 1.介護老人保健施設内部での利用目的

- ①当施設が利用者に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務の内、下記について利用します。
  - i.入退所等の管理
  - ii.会計・経理
  - iii.事故等の報告
  - iv.当該利用者の介護・医療サービスの向上

## 2.他の事業者等へ情報提供を伴う利用目的

①当施設が利用者に提供する介護サービスの内、下記について利用します。

- i .利用者の居宅介護支援事業所や居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答。
- ii .利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合。
- iii .検体検査業務の委託、その他の業務委託。
- iv .家族等への心身の状況説明。

②介護保険事務の内、下記について利用します。

- i .保険事務の委託。
- ii .審査支払機関へのレセプトの提出。
- iii .審査支払機関又は保険者からの照会への回答。

③損害賠償保険等に係る保険会社等への相談又は届出等。

## 2) 上記以外の利用目的

### 1.当施設の内部での利用に係る利用目的

①当施設の管理運営業務の内、下記について利用します。

- i .医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料。
- ii .当施設において行われる学生の実習への協力。
- iii .当施設において行われる事例研究。

### 2.他の事業者等への情報提供に係る利用目的

①当施設の管理運営業務の内、下記について利用します。

- i .外部監査機関への情報提供。

## 14・後進育成・研究

### 1) 後進育成

当施設は、後進育成のための教育機関として、各職種の実習生の受け入れを行っています。

実習は、職員（指導担当者）の指導・監督のもと実施されますが、その過程において、資格取得前の学生が、利用者の見学・対応を行うことがあります。

※必要に応じて、個別に説明し同意を頂きます。

### 2) 研究

当施設では、医療福祉サービスの質の向上や職員教育のため、学会等で研究発表を行っています。

研究の際、各種情報（医療データ、介護記録等）の取り扱いには充分配慮し、個人が特定されない形で利用させて頂くことがあります。

※必要に応じて、個別に説明し同意を頂きます。

## 15・非常災害対策

消防法施行規定第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等に対処する計画に基づき、消防法第8条に規定する防火管理者を設置して非常災害対策を行う。

- 1) 防火管理者には、事務課職員を充てる。
- 2) 火元責任者には、各階の職員を充てる。
- 3) 非常災害用の設備点検は、契約保守業者に依頼する。点検の際は防火管理者が立ち会う。
- 4) 非常災害設備は、常に有効に保持するように努める。
- 5) 火災の発生時や地震が発生した場合は、被害を最小限にとどめるため、自衛隊を編成し任務の遂行にあたる。
- 6) 防火管理者は、従業員に対して、防火教育・消防訓練を実施する。

防火教育及び基本訓練(消火・通報・避難) (うち1回は夜間を想定した訓練を行う)	年2回以上
利用者を含めた総合避難訓練	年1回以上
非常災害設備の使用方法の徹底	随時

- 7) その他必要な災害防火対策についても必要に応じて対処する体制をとる。  
8) 防火設備（スプリンクラー・消火器・補助散水栓等）は適切な管理を行う。

#### 16・禁止事項

- 1) 施設内での飲酒、喫煙は禁止させていただきます。
- 2) ペットの持ち込みは、禁止させていただきます。
- 3) 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」等は禁止させていただきます。
- 4) 他利用者への迷惑行為、安全、衛生を害するような行為は禁止させていただきます。

#### 17・介護保険証等の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証及び介護保険負担割合証等を確認させていただきます。

#### 18・他機関との連携

- 1) 居宅介護支援事業者との連携  
担当の居宅介護支援事業者と連絡相談をいたします。
- 2) 行政機関との連携  
地域包括支援センター、地域高齢者支援担当その他関係機関と連絡相談をいたします。

#### 19・相談窓口・苦情対応

利用者及び家族は、当施設の提供するサービスに対しての要望や苦情等について、支援相談員・施設介護支援専門員または事務長に申し出ることが出来ます。また、ご意見箱に投函して申し出ることも出来ます。ご意見箱は、1階事務室窓口横に設置してありますのでご利用ください。

担当窓口	支援相談員・施設介護支援専門員
対応曜日	月曜日から土曜日
対応時間	8:30～17:30
連絡先	電話 047-470-1051 FAX 047-470-1052

以下の機関においても相談や苦情の申し出等が出来ます。

習志野市介護保険課	047-453-7345
千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課	043-254-7428



[ 説明日 ]

令和 年 月 日

施設のサービス利用希望にあたり、重要事項説明書の記載事項について説明しました。

(事業者) 事業者名 医療法人社団愛友会  
サテライト型小規模介護老人保健施設あつとほ一む習志野

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

[ 同意日 ]

令和 年 月 日

施設のサービス利用希望にあたり、上記の通り説明を受け同意します。

(利用者) 利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人 \_\_\_\_\_ (続柄: ) 印