重要事項説明書（短期入所・介護予防短期入所療養介護サービス）

あなたに対する介護医療院で行う短期入所サービスにあたり、介護保険法に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

名　　称	介護医療院　あかね	事業所番号	3　5　B　0　1　0　0　0　3　7
代表者	理事長　　吉　水　一　郎	管理者	脳神経筋センターよしみず病院院長兼務　神田隆
所　在　地	下関市後田町1丁目1番1号		
電話番号	083(231)3888	FAX番号	083(231)7957

2. 施設の目的と運営の方針

事業の目的	要介護・要支援状態にある利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な短期入所サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	1. 居宅（介護予防）サービス計画に基づき、療養上の管理、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行うことにより、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指す
	2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に入所者等の立場に立って施設サービスを提供するように努める
	3. 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、心身の状況等に応じて妥当適切に療養を行う
	4. 明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める

3. 職員体制（令和8年3月1日現在）

職種	員数	区　　分		備　考
		常勤	非常勤	
管理者	1	1		脳神経筋センターよしみず病院院長兼務
医師	6		6	
薬剤師	2	1	1	脳神経筋センターよしみず病院兼務
管理栄養士	2	1	1	脳神経筋センターよしみず病院兼務
看護職員	13	10	3	
介護職員	15	13	2	
理学・作業療法士等	1	1		
介護支援専門員	3	2	1	介護医療院看護師兼務

4. 職員の勤務体制及び職務内容

職種	勤務体制（休暇）	職務内容
管理者	8:30～17:30（土日祭日）	従業者の管理、業務の実施の把握その他の管理
医師	8:30～17:30（シフト制）	入所者の健康管理、療養上の指導、診察
薬剤師	8:40～17:20（土日祭日）	調剤及び服薬指導
管理栄養士	8:30～17:30（シフト制）	栄養管理、栄養食事相談
看護職員	8:30～17:10　16:00～9:20（シフト制）	入所者の病状及び心身の状況に応じた看護の提供
介護職員	8:30～17:10　16:00～9:20（シフト制）	入所者の病状及び心身の状況に応じた介護の提供
理学・作業療法士等	8:30～17:30（シフト制）	リハビリ実施計画の作成、機能訓練
介護支援専門員	8:30～17:10（シフト制）	施設サービス計画の作成

5. 通常の送迎の実施地域

通常の送迎の実施地域は、旧下関市の区域とする。（ただし、離島は除く）

6. 施設の利用にあたっての留意事項

① 職員の指示に従うこと。
② 施設及び備品を毀損しないこと。
③ 備品を施設外へ無断で持ち出さないこと。
④ 無断で備品の位置や形状を変更しないこと。
⑤ その他管理者が必要と認められる事項。

7. 非常災害対策

① 施設は、非常災害その他緊急の事態に備え、とるべき措置についてあらかじめ対策を立て、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

② 非常災害対策は、消防法の定めに基づき作成した施設の「非常災害マニュアル」による。

8. 苦情申立窓口

＊ 山口県国民健康保険団体連合会　電話番号:083-995-1010　9:00～17:00
住所:山口市朝田1980番地7　FAX　:083-934-3665　土日祝日を除く

＊ 下関市役所　介護保険課　事業者係　電話番号:083-231-1371　8:30～17:15
住所:下関市南部町1番1号　下関市役所本庁内　FAX　:083-231-2743　土日祝日、年末年始除く

＊ 介護医療院あかね(脳神経筋センターよしみず病院内)　電話番号:083-231-3888　FAX:083-231-7957

＊ 介護医療院あかね相談窓口(脳神経筋センターよしみず病院内)　9:00～12:00、13:00～17:00(平日)
相談担当者:福永千代子、村岡純子、近藤裕子　9:00～12:00(土曜)　日・祝日、年末年始、お盆休み除く

9. サービスの概要と利用料

(1)介護保険給付によるサービス　(※利用者負担割合が2割の場合は記載金額の2倍、3割の場合は記載金額の3倍となります。)

①短期入所サービスの概要　　1単位10円での計算となります。

サービスの種類	内　　容	自己負担額
看護及び医学的管理の下における介護	利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の病状及び心身の状況に応じ、適切な技術を持って行います。	施設利用料金 1日あたりの利用料1割負担 【多床室】 要介護1　894 円 要介護2　1,006 円 要介護3　1,250 円 要介護4　1,353 円 要介護5　1,446 円 要支援1　666 円 要支援2　827 円 【従来型個室】 要介護1　778 円 要介護2　893 円 要介護3　1,136 円 要介護4　1,240 円 要介護5　1,333 円 要支援1　603 円 要支援2　741 円
機能訓練	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理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを計画的に行います。	
排泄・オムツ交換	利用者の自立支援に配慮した排泄介助などを適切に行います。オムツを使用せざるを得ない場合には、心身及び活動状況に適したオムツを提供し、適切にオムツ交換を実施します。	
入浴・清拭	週2回以上入浴又は清拭を行い、身体の清潔保持に努めます。	
離床	寝たきり防止のため離床のお手伝いをします。	
着替え	状況にあわせ、毎朝夕の着替えのお手伝いをします。	
整容	身の回りのお手伝いをします。	
口腔ケア	毎食後、口腔ケアを行います。	
シーツ交換	シーツ交換は週1回行います。 シーツが汚れた場合は随時交換します。	
介護相談	利用者とそのご家族からの相談に応じます。	
栄養管理	年齢等に応じて適切な栄養量及び内容の食事提供を行います。	
夜間勤務等看護加算Ⅳ	夜間帯(17時から9時)は看護職員又は介護職員が3人以上勤務しています。	1日あたり　7円
若年性認知症利用者受入加算	若年性認知症利用者を受け入れた場合	1日あたり　120円
認知症行動・心理症状緊急対応加算	認知症の行動、心理状態があり在宅での生活が困難で緊急入所が適当であると医師が認めた場合(7日限度)	1日あたり　200円
緊急短期入所受入加算	居宅介護支援事業所の介護支援専門員が緊急入所が必要と認めた場合(14日限度)　※要介護のみ	1日あたり　90円
療養食加算(治療食・検査食)	療養食(糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食など)を提供した場合	1食あたり　8円

緊急時治療管理	病状が重篤となり救命救急医療（投薬、検査、注射、処置等）を行った場合	1回あたり　518円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士 の占める割合が35%を超える人員配置を行っています。	1日あたり　22円
送迎加算	利用者の心身の状態、家族等の事情等から見て送迎を行なうことが必要と認められる利用者に対して送迎を行なう場合　※要支援の方は134円	片道につき　184円
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	介護職員等の資質向上のため研修を実施し、職場環境の改善に取り組んでいます。	算定した単位数の1,000分の36

②特別診療費

感染対策指導管理	感染防止対策を行っています。	1日あたり　6円
褥瘡対策指導管理（Ⅰ）	入所時と3月に1回褥瘡発生リスクを評価します。その評価結果等を厚生労働省へ提出し褥瘡管理の実施に当たって当該情報等を活用します。褥瘡発生リスクのある入所者ごとに多職種で褥瘡ケア計画を作成し3月に1回見直します。	1日あたり　6円
重度療養管理	要介護4又は5に該当する者。頻回吸引、ストーマの処置等を行った場合。	1回あたり　125円
薬剤管理指導	薬剤師が服薬指導、服薬支援を行った場合	1回あたり　350円
医学情報提供	退所時に利用者の同意を得て、診療情報を示す紹介文書を作成した場合（診療所に提供する場合290円）	1回あたり　220円
理学療法	理学療法士が、活動向上練習、日常生活動作練習等を行った場合（1回20分以上、1日3回を限度）	1回あたり　123円
	入所日から4月を超えた期間において月に11回以上行った場合の11回目以降	1回あたり　86円
摂食機能療法	発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害がある利用者に対して30分以上の訓練指導を行います。（月4回を限度）	1回あたり　208円

(2)介護保険給付外サービス

サービスの種類	内　　容	自己負担額
食事代	食事時間 朝　食　　8:00～ 昼　食　　12:00～ 夕　食　　18:00～ できるだけ離床して食堂で食べて下さい。 アレルギーのある方はご相談ください。	・基準負担額 朝食400円　昼食490円　夕食555円 ただし、 食費の負担限度額認定を受けている方は、 認定証の記載額が自己負担額になります。 利用者負担第1段階の方　1日　300円 利用者負担第2段階の方　1日　600円 利用者負担第3段階1の方　1日　1,000円 利用者負担第3段階2の方　1日　1,300円 利用者負担第4段階の方　1日　1,445円
居住費	光熱水費相当を自己負担していただきます。	・基準負担額　【多床室】　【従来型個室】 第1段階　1日　0円　550円 第2段階　1日　430円　550円 第3段階①　1日　430円　1,370円 第3段階②　1日　430円　1,370円 第4段階　1日　437円　1,728円
病衣・タオル 消耗品	外部業者(ワタキューセイモア株式会社)との直接契約となります。 Cｾｯﾄ　1日　230円 ・病衣(使用目安:週2～3枚)　・ﾀｵﾙ(使用目安:ﾊﾞｽﾀｵﾙ週3枚/ﾌｪｲｽﾀｵﾙ週7枚) ・各種消耗品(7種):ﾃｨｯｼｭﾍﾟｰﾊﾟｰ、歯ﾌﾞﾗｼ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、紙ｺｯﾌﾟ、ﾎﾞﾃﾞｨｿｰﾌﾟ、ﾘﾝｽｲﾝｼｬﾝﾌﾟｰ Dｾｯﾄ　1日　330円 ・病衣(使用目安:週2～3枚)　・ﾀｵﾙ(使用目安:ﾊﾞｽﾀｵﾙ週3枚/ﾌｪｲｽﾀｵﾙ週7枚) ・各種消耗品(14種):ﾃｨｯｼｭﾍﾟｰﾊﾟｰ、歯ﾌﾞﾗｼ、歯磨き粉、入れ歯洗浄剤、紙ｺｯﾌﾟ、ﾎﾞﾃﾞｨｿｰﾌﾟ、ﾘﾝｽｲﾝｼｬﾝﾌﾟｰ、口腔ｹｱﾌﾞﾗｼ、口腔ｹｱｼﾞｪﾙ、ｽﾄﾛｰ、吸引ﾌﾞﾗｼ、ｳｪｯﾄﾃｨｯｼｭ、ｼﾙﾃｨ、食事用ｴﾌﾟﾛﾝ	
電気代	電気毛布　1日　110円	ラジオ　1日　33円
	電気アンカ　1日　44円	パソコン　1月　1,100円
テレビ・Wi-Fi使用代		1日　200円
洗濯代	洗濯はできるだけご家族の方がお持ち帰りの上、洗濯するようお願いいたします。なお、支障のある方は外部業者(ハニードライ)との直接契約をご利用可能です。 月額　3,025円※開始月と終了月は1回605円 週3回(火・木・土)集配があります。 指定のネットに入るだけ洗濯に出すことができます。(1ヶ月14ネットまで) 15ネット目より追加料金が発生します。1ネットにつき303円となります。	
ポジショニング クッションレンタル代	バナナ型(Lサイズ又はMサイズ1個、Sサイズ2個)+スクエア型1個	1日　55円
スキン-テア・ MDRPU 予防対策製品	まもりたい　9　(80cm×9cm)	1枚　220円
	まもりたい　12　(80cm×12cm)	1枚　220円
	まもりたい　25　(80cm×25cm)	1枚　440円
スキンケア用品	モイストバランス　1本　1,487円　シルティ　1本　1,155円	
理美容代	ビューティヘルパーが来院し、理美容サービス(カット、洗髪、毛染、パーマ、髭剃り、顔剃り、丸刈り等)を提供します。 ＊外部業者への委託のため当院が代収しております。	美容(女性) 770～6,380円 理容(男性) 770～3,190円

※その他、日常生活に必要な物品(ただし、おむつを除きます。)については、入所者の全額自己負担となっております。

10. 緊急、事故の対応

当施設が行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかにご家族、市町村に連絡を行い、必要な措置を迅速に講じます。また、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

11. 協力医療機関

当施設は、「医療法人茜会　脳神経筋センターよしみず病院」を協力医療機関と定め、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には連絡をとり、迅速に適切に対応します。

12. 急変時の対応

当該サービス利用中に、緊急的に医療行為が必要になった場合、速やかにご家族に報告し対応を協議します。なお、ご家族に連絡が取れない場合は、脳神経筋センターよしみず病院に入院していただき、担当医師の判断において必要な医療行為を行う場合があります。

13. 虐待の防止について

当施設は、利用者の尊厳保持・人格尊重、虐待の未然の防止・早期発見等のため、次の措置を講じます。

（1）　虐待の防止に係る責任者を選定します。
　　責任者：役職　管理者、氏名：神田　隆
　　担当者：役職　看護介護長、氏名：近藤　裕子

（2）　虐待を防止のための従業者に対する研修を年2回以上実施します。

（3）　虐待の防止のための指針を整備します。

（4）　虐待の防止のための対策を検討する委員会を年1回開催します。
　　（併設の協力医療機関である脳神経筋センターよしみず病院と共同で開催）
　　また当施設は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

14. 身体的拘束等

当施設は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

短期入所・介護予防短期入所療養介護サービスに基づく重要事項説明確認書

私は、書面に基づいて介護医療院職員（職名　　氏名　　）から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、重要事項説明書を受領しました。

また、私はサービス利用中、利用後に居宅におけるサービス調整等のため、必要に応じて介護医療院から介護保険・医療・福祉関係事業所に情報が提供されることに同意します。

年　　月　　日

（利用者）

氏　名　　印

（自署の場合、押印不要）

（署名代行者）

私は、上記利用者が筆記不可能なため、署名を代行しました。

氏　名　　印

（自署の場合、押印不要）

続　柄