

介護老人保健施設衣笠ろうけん  
予防短期入所療養介護重要事項

#### ◇介護保険証の確認

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

#### ◇予防短期入所療養介護の概要

予防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を行い、利用者の療養生活の質の向上およ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・保証人（ご家族）の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

#### ◇施設の概要

##### （１）施設の名称等

- ・施設名 社会福祉法人日本医療伝道会 介護老人保健施設衣笠ろうけん
- ・開設年月日 平成 7 年 7 月 18 日
- ・所在地 横須賀市小矢部 2-23-1
- ・電話番号 046-852-1185 ・ファックス番号 046-852-1186
- ・管理者名 武藤 正樹
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設（ 1451980002 号）

##### （２）施設の職員体制

	常 勤	夜 間	業務内容
・ 管理者	1.0(1)名以上		施設管理
・ 医師	1.0(1)名以上		医学的管理
・ 看護職員	5.7(6)名以上	1(1)	看護全般
・ 介護職員	15.7(18)名以上	1(1)	介護全般
・ 介護支援専門員	1.0(1)名以上		施設サービス計画の立案実施
・ 支援相談員	2.1(2)名以上		相談、指導、苦情受付
・ 理学・作業療法士	2.6(6)名以上		理学・作業機能訓練
・ 事務職員	1.8(2)名以上		請求、会計、記録作成管理他
・ 調理師	2.0(2)名以上		調理全般
・ 管理栄養士、栄養士	1.0(1)名以上		栄養管理、指導
・ 薬剤師	0.2(1)名以上		薬剤管理、指導

（令和 7 年 9 月 1 日現在）

##### （３）入所定員等

- ・ 定員 50 名 ・療養室 個室 2 室、4 人室 12 室

##### （４）送迎サービス提供地域

- ・ 横須賀市内（逸見、本庁、衣笠行政センター管内）

#### ◇サービス内容

- ① 予防短期入所療養介護計画の立案
- ② 食事（食事は原則として食堂でおとりいただきます。）  
朝食 8時00分～ 9時00分  
昼食 12時00分～13時00分  
夕食 17時30分～18時30分
- ③ 入浴（一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。入所利用者は、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
- ⑤ 介護（退所時の支援も行います）
- ⑥ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑨ 行政手続代行
- ⑩ その他

\*これらのサービスのなかには、利用者の方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。

#### ◇守秘義務について

施設職員に対して、施設職員である期間及び施設職員で無くなった後においても、正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことが無いよう、指導教育を適時行います。

#### ◇研修について

施設長他全ての職員は、入所者の処遇向上のための研修等において職務遂行能力の水準の維持、向上に努めます。

#### ◇利用料金

##### 1 保険給付の自己負担額

○短期入所療養介護費（介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です。）

サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

1割負担 24円/日、2割負担 48円/日、3割負担 72円/日

	〈基本型〉			〈強化型〉		
〈従来型個室〉	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	611円	1,221円	1,831円	667円	1,333円	1,999円
要支援2	766円	1,531円	2,296円	820円	1,640円	2,460円

---

	〈基本型〉			〈強化型〉		
〈多床室〉	1 割負担	2 割負担	3 割負担	1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	647 円	1, 293 円	1, 939 円	709 円	1, 417 円	2, 125 円
要支援 2	816 円	1, 632 円	2, 448 円	879 円	1, 758 円	2, 637 円

＊別に厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たした場合、1 日につき 1 割負担 26 円、2 割負担 51 円、3 割負担 76 円加算されます。

＊理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別リハビリテーションを行った場合、1 日につき 1 割負担 253 円、2 割負担 506 円、3 割負担 759 円加算されます。

＊利用者の状態や家族等の事情により、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、緊急に短期入所療養介護を受けることが必要と認めた場合、7 日を限度として 1 日につき 1 割負担 95 円、2 割負担 190 円、3 割負担 285 円加算されます。

＊基本型老健であって、別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、在宅復帰支援機能加算Ⅰとして 1 日につき 1 割負担 54 円、2 割負担 108 円、3 割負担 162 円加算されます。

強化型老健であって、別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、在宅復帰支援機能加算Ⅱとして 1 日につき 1 割負担 54 円、2 割負担 108 円、3 割負担 162 円加算されます。

＊入所及び退所の際、ご自宅までの送迎を行なった場合は、送迎加算として、片道につき 1 割負担 194 円、2 割負担 388 円、3 割負担 582 円加算されます。

＊治療管理を目的とし、別に厚生労働大臣が定める基準に従い、居宅サービス計画において計画的に行うこととなっていない指定短期入所療養介護を行った場合に、総合医学管理加算として、7 日を限度とし、1 日につき 1 割負担 290 円、2 割負担 580 円、3 割負担 870 円加算されます。

＊医師の指示により、治療食を提供した場合、1 食につき 1 割負担 9 円、2 割負担 17 円、3 割負担 26 円加算されます。

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定短期入所事業所の従業員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときは、口腔連携強化加算として 1 月につき 1 割負担 53 円、2 割負担 106 円、3 割負担 159 円加算されます。

＊別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った介護老人保健施設において、入所者に対して介護保険施設サービスを行った場合は当該基準に掲げる区分に従い、生産性向上推進体制加算（Ⅰ）として1月につき、1割負担 106円、2割負担 212円、3割負担 317円加算されます。生産性向上推進体制加算（Ⅱ）として1割負担 11円、2割負担 21円、3割負担 32円加算されます。

但し、いずれかの加算を算定している場合においては、その他の加算は算定しません。

＊令和6年6月より別に厚生労働大臣が定める基準に適合すると施設が認められた場合、所定単位数×75/1000に相当する単位数が、介護職員処遇改善加算として加算されます。

## ○減算

＊夜勤職員勤務条件基準を満たさない場合、所定単位数×97/100に相当する単位数となります。

＊入所定員の超過、または職員等の欠員の場合には、所定単位数×70/100に相当する単位数となります。

＊身体拘束廃止への取り組みが行われていない場合には、所定単位数×90/100に相当する単位数となります。

＊安全管理体制への取り組みが行われていない場合には、1日につき1割負担 6円、2割負担 12円、3割負担 18円減算となります。

＊高齢者が虐待への取り組みが行われていない場合には、高齢者虐待防止措置未実施減算として所定単位数×1/100に相当する単位数が減算されます。

＊業務継続計画が策定されていない場合には、業務継続計画未策定減算として、所定単位数×3/100に相当する単位数が減算されます。

## 2 利用料

① 食費／1日 ・朝食 680円 ・昼食 850円 ・夕食 770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 滞在費（療養室の利用費）／1日＊

・従来型個室 2,100円  
・多床室 650円

（ただし、滞在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滞在費の負担限度額が1日にお支払いいただく滞在費の上限となります。）

③ 行事費 （その都度実費をいただきます。）

小旅行や観劇等の費用や講師を招いて実施する料理教室の費用で参加された場合にお支払いいただきます。

④ 送迎費／片道

基本的には、保険給付の自己負担の範囲となりますが、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する方が送迎を依頼した場合にお支払いいただきます。片道5kmまで500円、5km超えるごとに500円加算。

⑤ その他の費用

(その都度実費をいただきます。)

利用者の選択によって個人的に使用する機器等にかかる電気代、診断書等の文書の発行に係る費用等

3 支払い方法

- ・毎月10日までに、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方法あります。利用申込み時にお選びください。

◇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

- ・名 称 総合病院 衣笠病院
- ・住 所 横須賀市小矢部 2-23-1

協力歯科医療機関

- ・名 称 衣笠ヘルスケア歯科
- ・住 所 横須賀市衣笠町 1-40
- ・名 称 衣笠あかり歯科
- ・住 所 横須賀市平作 1-14-14-101

◇緊急時の対応

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた保証人宛に連絡します。  
事故発生時には、別に定める発生時の対応に基づき適切に対処します。

◇施設利用に当たっての留意事項

当施設の利用に当たっての留意事項は以下のとおりです。

- ① 面会時間は、8:00~20:00です。
- ② 外出・外泊時は、届出のうえ必ず許可を得てください。
- ③ 施設内での飲酒・喫煙・携帯電話の使用はご遠慮ください。
- ④ 設備・備品の取り扱いには十分にご注意ください。
- ⑤ 所持品にはご記名をしてください。
- ⑥ 金銭・貴重品の持ち込みは、原則ご遠慮願います。また、当施設は紛失、盗難等の責は負いません。
- ⑦ ペットの持ち込みは、ご遠慮ください。
- ⑧ 火気の取扱いは、禁止です。
- ⑨ 利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止です。
- ⑩ 他利用者及び当施設関係者への迷惑行為は禁止とします。

#### ◇非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、屋内消火栓、煙探知機、火災報知機、非常灯熱探知機
- ・防災訓練 年2回以上
- ・災害時（自然災害・感染症発生）対応訓練 BCP 年2回

#### ◇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。

#### ◇虐待防止

虐待の発生またはその再発防止するため、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催し、その結果に従事者に周知徹底を図ること。
- ②虐待防止のための指針を整備すること。
- ③従事者に対し、虐待防止のための研修を定期的（年2回）実施すること。
- ④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

#### ◇身体拘束等適正化

施設は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じるものとする。

- ①身体拘束の定期性かのための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催し、その結果に従事者に周知徹底を図ること。
- ②身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- ③従事者に対し、身体拘束の適正化のための研修を定期的に実施すること。

#### ◇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。（電話 046-852-1185）要望や苦情などは、支援相談担当者にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、玄関に備えつけられた「ご意見箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

- ・民生局福祉こども部介護保険課給付係  
（電話 046-822-8253）月～金 8:30～17:15 祝日除く
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（電話 045-329-3447）

#### ◇その他

- ・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、ご請求ください。
- ・当書類の使用期間は契約期間に準じます

全ての内容をお読みいただき、下記のご利用者様、ご家族様欄へご同意のサインをお願いいたします。

年 月 日

○上記の通り重要事項を説明し、交付しました

(社) 日本医療伝道会

介護老人保健施設 衣笠ろうけん

説明者氏名

---

○上記の通り重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました

記入日 年 月 日

利用者氏名

---

利用者家族氏名

---