

介護老人保健施設「ぽっかぽか」

介護予防短期入居療養介護重要事項説明書

『在宅強化型・超強化型』

(令和8年6月1日現在)

1. 施設の概要

(1) 施設の名称等

- ・施設名 介護予防短期入居療養介護「ぽっかぽか」
- ・開設年月日 平成14年10月1日
- ・所在地 埼玉県白岡市上野田357-1
- ・電話番号 0480(90)5666 ・FAX 番号 0480(90)5665
- ・管理者名 伊藤 真介
- ・介護保険指定番号 介護老人保健施設(1150580027号)

(2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は、看護、医学的管理の下での介護や機能訓練、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入居者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入居療養介護や通所リハビリテーションといったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

この目的に沿って、当施設では、以下のような運営の方針を定めていますので、ご理解いただいた上でご利用ください。

[介護老人保健施設ぽっかぽかの運営方針]

- ① 常に利用者の立場にたった、サービスの提供に努めます。
- ② 明るく家庭的な雰囲気の中、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行います。
- ③ 施設サービスの質の向上に努めます。

(3) 施設の職員体制

	常 勤	非常勤	業務内容
・ 医 師	1		施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。 入居者の病状に応じて、妥当適切に診療を行う。
・ 看護職員	6	4	利用者の看護業務及び診療の補助並びに保健衛生管理業務を行う。
・ 薬剤師		1	業務委託
・ 介護職員	21	15	利用者の日常生活全般にわたる介護業務を行う。
・ 支援相談員	1	1	利用者及び家族等からの相談に応じ、必要な助言その他の援助を行なうとともに

			に、職員に対する技術指導、関係機関との連絡調整等を行なう。
・ PT、OT、ST	8	2	利用者に対する機能訓練業務を行なう。
・ 管理栄養士	1	1	給食の献立の作成、利用者の栄養指導、調理員の指導等を行う。
・ 介護支援専門員	1		施設サービス計画の作成を行なう。
・ 事務職員	3		人事、会計、庶務に関する事務等を行なう。

- (4) 入居定員等 ・ 定員 95名 (うち認知専門棟 40名)
・ 療養室 個室 7室、4人室 22室

2. サービス内容

- ① 短期入居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～
昼食 12時00分～
夕食 18時00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。)
- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- 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

3. 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】

- ・ 医療法人社団 哺育会 白岡中央総合病院
埼玉県白岡市小久喜938番地12
- ・ 医療法人 顕正会 蓮田病院
埼玉県蓮田市根金1662番地1

【協力歯科医療機関】

- ・ 医療法人 顕正会 蓮田病院
埼玉県蓮田市根金1662番地1
- ・ 松丸歯科・矯正・医院
埼玉県さいたま市岩槻区東岩槻5丁目3番地11

◇緊急時の連絡先

なお、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。

4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・ 面会
面会時間は、午前9時から午後7時までとなっております。

必ず、受付の面会簿にご記帳下さい。ご家族の方の面会は、意欲向上につながりますので、なるべく多く面会にお越し下さい。

・外出・外泊

ご希望の際は外出・外泊届を提出して下さい。届出は、原則として前日までをお願いします。

また、外出（外泊）当日、ご利用者の体調が悪い場合には、中止させていただくこともありますので、ご了承下さい。

・貴重品について

原則として現金はお預かり致しません。お手元にお持ちになる場合は、小銭程度でお願いします。ただし、自己管理となりますので、盗難・紛失についての責任は一切負いかねます。

5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、消火器、消火栓
- ・防災訓練 年4回

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0480-90-5666）

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、事務室に備えつけられた「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。

なお、苦情・相談については、お住まいの市町村窓口または埼玉県国民健康保険団体連合会でも受け付けております。

- ・埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 相談窓口
電話番号 048-824-2537（直通）
- ・埼玉県白岡市 高齢福祉課
電話番号 0480-92-1111（代表）

8. 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。

介護予防短期入居療養介護について

1. 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を確認させていただきます。

2. 介護予防短期入居療養介護の概要

短期入居療養介護は、要介護者及び要支援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、短期入居療養介護計画が作成されますが、その際、利用者・扶養者（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。

3. 利用料金

(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。

	多床室 1 割	多床室 2 割	多床室 3 割	個室 1 割	個室 2 割	個室 3 割
要支援 1	690 円	1,380 円	2,070 円	649 円	1,298 円	1,947 円
要支援 2	856 円	1,712 円	2,568 円	799 円	1,598 円	2,397 円

・下記加算につきましては、負担割合が 2 割の方は 2 倍、負担割合が 3 割の方は 3 倍の料金となります。

＊厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合 1 食 8 円が加算されます。

＊生産性向上推進体制加算Ⅱ 10 円が加算されます。

＊サービス提供体制強化加算 6 円が加算されます。

＊介護職員処遇改善加算Ⅱ ロ 介護職員の賃金の改善のため、所定単位数の(9.3%)が加算されます。

＊夜勤職員配置加算 2 4 円が加算されます。

＊個別リハビリテーションを実施した場合 1 回 2 4 6 円が加算されます。

＊認知症専門棟入所の場合は上記料金に認知症ケア加算 7 8 円が加算されます。

＊なお、緊急時に所定の対応を行った場合、別途下記料金が加算されます。

緊急短期入所受入加算 1 日 9 2 円（7 日間）

＊若年性認知症利用者受入加算 1 日 1 2 3 円がかかる場合がございます。

＊重度療養管理加算 1 日 1 2 3 円かかる場合がございます。

＊在宅復帰・在宅療養支援機能加算Ⅰ 52 円が加算されます。

＊入居時および退居時に送迎を行なった場合には、それぞれ 1 8 8 円が加算されます。

※必要な単位数に、地域加算（6 級地）10.27 円を乗じた金額の 1 割（小数点以下切り捨て）を保険一部負担金として計算しております。その為、端数に多少の誤差が出る可能性があります。

②	食費	朝食	480円	昼食	860円	夕食	810円
③	居住費〈多床室〉	1日当たり		680円			
	〈個室〉	1日当たり		1,640円			
④	日用生活品費	1日当たり		220円			
⑤	教養 娯楽費	1日あたり		220円			

(2) その他の料金

- ① 室料（個室のみ）
1日 3,360円(但し、認知症専門棟は除きます)
- ② 理美容代 実費（2,000円程度）
- ③ クリーニング代 月額 6,000円（入居者の衣服の業者委託費）
- ④ 洗濯代（実施日に1日あたり200円）
- ⑤ その他（利用者が選定する特別な食事の費用）

(3) 支払い方法

- ・ 毎月20日までに、前月分の請求書を発行し、その月の28日に指定口座より自動引落としの方法でお支払いいただきます。
- ・ 入金が確認でき次第、領収証を発行致します。

令和 年 月 日

本契約にあたり、契約書および重要事項説明書について、これらの内容を
本書面に基づいて説明いたしました。

(説明者) 社会福祉法人 大 樹 会

介護老人保健施設 **ぽっかぽか**

氏名 印

本契約にあたり、契約書および重要事項説明書を受領し、これらの内容に関
して事業者による説明を受けました。

(利用者) 住所

氏名 印

(契約者) 住所

氏名 印

介護老人保健施設介護予防短期入居利用同意書

令和 年 月 日

介護老人保健施設 ぽっかぽか
管理者 伊藤 真介 殿

＜利用者＞

住 所
氏 名

印

＜契約者＞

住 所
氏 名

印

介護老人保健施設 ぽっかぽかを入居利用するにあたり、利用内容に関して担当者による説明を受け、これらのことを十分に理解した上で下記事項について同意します。

施設利用に当たってのサービスの利用について

- | | |
|---------------------------------|----------|
| ・ 日常生活品 | 希望する・しない |
| ・ 教養娯楽 | 希望する・しない |
| ・ 理美容（毎回申し込みをしていただいてから実施） | 希望する・しない |
| ・ インフルエンザ予防接種（申し込みをしていただいてから実施） | 希望する・しない |
| ・ クリーニング委託 | 希望する・しない |
| ・ 施設洗濯 | 希望する・しない |

介護保険サービスの自己負担額

一割 ・ 二割 ・ 三割

【施設利用請求書・明細書及び領収書の送付先】

・ 氏 名	(続柄)
・ 住 所	
・ 電話番号	

【緊急時の連絡先】

・ 氏 名	(続柄)
・ 住 所	
・ 電話番号	