

介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」 重要事項説明書

<令和 年 月 日現在>

1. 介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」の概要

(1) 施設の名称等

施設名称	ウィングラス（併設ショートステイ）
開設年月日	平成13年10月15日
所在地	長野県須坂市大字仁礼7番地10
電話番号	026-215-2662
FAX番号	026-215-2030
開設者名	社会福祉法人 グリーンアルム福祉会 (理事長 町田 貴志)
介護保険指定番号	2050780028

(2) 介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」の目的

- ① ウィングラス（併設ショートステイ）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短期入所療養介護計画に基づいて、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することを目的としています。

(3) 介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」の運営方針

- ① ウィングラス（併設ショートステイ）は、短期入所療養介護計画に基づくサービスを提供することで自立的生活支援と家庭復帰支援を図るとともに、地域や家庭との結び付きを強固に保ちながら、市町村等行政機関、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス提供事業者及び保健・医療・福祉サービス提供機関との連携に努めます。

(4) 同施設の定員及び設備の概要

入所定員 本体施設90名の空床利用とする

居室	4人部屋	20室	診察室	1室
	2人部屋	4室	食堂	2室
	個室	2室	機能訓練室	2室
浴室		一般浴槽と特殊浴槽があります	談話室	1室

(5) 施設の職員体制

職 種	常勤	非常勤	業務内容等
管理者			所属職員の指揮監督、業務の管理
副管理者			管理者の補佐
医師			ご利用者の治療、検査等の医療行為
看護職員			医師の指示に基づく看護
介護職員			日常生活上の介護
支援相談員			ご利用者に対する各種支援及び相談
管理栄養士			栄養管理
栄養士			栄養管理
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士			機能訓練（通所リハビリと兼務）
介護支援専門員			短期入所療養介護計画策定
事務職員			一般管理事務

2. サービス内容

- ① 短期入所療養介護計画に基づく適切な医療及び医学的管理の下における看護・介護、機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）並びに日常生活上のお世話を行うこと。
- 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 7時30分 ～ 8時15分
昼 食 12時00分 ～ 12時45分
夕 食 18時00分 ～ 18時45分
- ③ 入浴（入所利用者は、週2回ご利用いただけます。ただし、ご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 相談援助サービス
- ⑤ ご利用者が選定する特別な食事の提供
- ⑥ 理美容サービス（原則月1回実施します。）
- ⑦ 行政手続代行
- ⑧ その他

*食事、集団リハビリテーション又はレクリエーション等は、入所・通所のご利用者と一緒にお願いしています。

3. 利用料

- ・法定代理受領を前提とします。また、制度上の改定等で変更となる場合があります。
- ・介護保険の自己負担額は介護保険負担割合証に記載の割合額となります。
- ・介護保険の自己負担額の把握のため、「介護保険負担割合証」を提出していただきます。
- ・支払った自己負担額が一定額（上限額）を超えたときは、高額介護サービス費によりその超えた分が払い戻されます。高額介護サービス費については市町村にお問い合わせください。
- ・居住費及び食費の利用者負担額が、利用者や世帯の所得に応じて、下記①の利用者負担第1段階～第4段階に区分されます。
- ・利用者負担段階の把握のため、「介護保険負担限度額認定証」を提出していただきます。
- ・利用者負担軽減制度について詳しくお知りになりたいことや、不明な点等ございましたら、支援相談員又は介護支援専門員にお尋ねください。（TEL 026-215-2662）

①利用者負担段階

第1段階	生活保護受給者の方・老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税の方で、かつ本人の預貯金等が1,000万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて2,000万円以下）の方
第2段階	世帯員全員が住民税非課税で、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が80.9万円以下の方で、かつ本人の預貯金等が650万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,650万円以下）の方
第3段階①	世帯員全員が住民税非課税で、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が80.9万円超120万円以下の方で、かつ本人の預貯金等が550万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,550万円以下）の方
第3段階②	世帯員全員が住民税非課税で、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が120万円を超える方で、かつ本人の預貯金等が500万円以下（配偶者がいる場合は夫婦あわせて1,500万円以下）の方
第4段階	本人が住民税課税となっている方 または 配偶者が住民税課税となっている方 または 本人が属する世帯の中に住民税課税者がいる方 または 本人の預貯金等が一定額を超える方

※段階は、市町村が交付する介護保険利用者負担額減額・免除等認定証により決定します。

②サービス利用費

- ・個室を利用される方

基本型老健施設

単位：円

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用費 (月額)	7,530	8,010	8,640	9,180	9,710
1割自己負担額 (月額)	753	801	864	918	971
2割自己負担額 (月額)	1,506	1,602	1,728	1,836	1,942
3割自己負担額 (月額)	2,259	2,403	2,592	2,754	2,913

在宅強化型老健施設

単位：円

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用費 (月額)	8,190	8,930	9,580	10,170	10,740
1割自己負担額 (月額)	819	893	958	1,017	1,074
2割自己負担額 (月額)	1,638	1,786	1,916	2,034	2,148
3割自己負担額 (月額)	2,457	2,679	2,874	3,051	3,222

- ・2人部屋、4人部屋を利用される方

基本型老健施設

単位：円

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用費 (月額)	8,300	8,800	9,440	9,970	10,520
1割自己負担額 (月額)	830	880	944	997	1,052
2割自己負担額 (月額)	1,660	1,760	1,888	1,994	2,104
3割自己負担額 (月額)	2,490	2,640	2,832	2,991	3,156

在宅強化型老健施設

単位：円

介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用費 (月額)	9,020	9,790	10,440	11,020	11,610
1割自己負担額 (月額)	902	979	1,044	1,102	1,161
2割自己負担額 (月額)	1,804	1,958	2,088	2,204	2,322
3割自己負担額 (月額)	2,706	2,937	3,132	3,306	3,483

③滞在費

・個室を利用される方

単位：円

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
負担限度額 (日額)	550	550	1,370	1,370(~R8.7) 1,470(R8.8~)	1,728

・2人部屋、4人部屋を利用される方

単位：円

	第1段階	第2段階	第3段階①②	第4段階
負担限度額 (日額)	0	430	430	437

④食費

単位：円

	朝食	昼食	夕食
第1段階	370(~R8.7)	600(~R8.7)	475(~R8.7)
第2段階	410(R8.8~)	620(R8.8~)	515(R8.8~)
第3段階①②			
第4段階	420(~R8.7) 460(R8.8~)	680(~R8.7) 700(R8.8~)	580(~R8.7) 620(R8.8~)

所得に応じて下記の表のとおり、食事の負担額の上限が定められ、負担の軽減が図られています。

単位：円

	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②	第4段階
負担限度額 (日額)	300	600	1,000(~R8.7) 1,030(R8.8~)	1,300(~R8.7) 1,360(R8.8~)	1,680(~R8.7) 1,780(R8.8~)

特別な食事	要した費用
-------	-------

・食費に係る加算

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
療養食加算	8円/回	医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常病食、通風食並びに特別な場合の療養食を提供したときは、1日につき3回を限度として算定します。
	16円/回	
	24円/回	

⑤その他の加算

加算項目	1割自己負担額	内 容
	2割自己負担額	
	3割自己負担額	
夜勤職員配置加算	24円/日	定員90人対して、夜勤時間帯に一日平均夜勤職員数が5名以上配置されている場合に算定します。
	48円/日	
	72円/日	
個別リハビリテーション実施加算	240円/日	理学療法士等が個別にリハビリテーションを行った場合に算定します。
	480円/日	
	720円/日	
認知症ケア加算	76円/日	日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者に対して、施設サービスを行った場合に算定します。
	152円/日	
	228円/日	
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200円/日	医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期療養介護が必要と判断し入所された場合に、7日を限度として算定します。
	400円/日	
	600円/日	
緊急短期入所受入加算	90円/日	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緊急に行った場合に、利用開始日から7日以内を原則とし、利用者家族の疾病等やむを得ない事情がある場合に14日を限度として算定します。
	180円/日	
	270円/日	
若年性認知症利用者受入加算	120円/日	利用者ごとに個別の担当者を定め、その担当者を中心に当該利用者の特性やニーズに応じたサービスを提供した場合に算定します。
	240円/日	
	360円/日	
送迎加算	184円/回	通常の業務範囲内での送迎の片道分として算定します。
	368円/回	通常の業務範囲外の送迎については、通常の事業の実施地域を越えて1kmごとに110円算定します。
	552円/日	
	通常の業務範囲	須坂市、小布施町、高山村、長野市若穂地区
重度療養管理加算	120円/日	要介護4又は要介護5の利用者で、下記の状態にあるものに対して、計画的な医学的管理を継続して行い、療養上必要な処置を行った場合に算定します。 ・常時頻回の喀痰吸引を実施している状態 ・呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態 ・中心静脈注射を実施している状態 ・人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態 ・重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態 ・膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者障害四級以上に該当し、かつ、ストマーの処置を実施している状態 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態 ・褥創に対する治療を実施している状態 ・気管切開が行われている状態
	240円/日	
	360円/日	

加算項目		1割自己負担額	内 容
		2割自己負担額	
		3割自己負担額	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅰ）	いずれかを算定	51円／日	基本型老健サービス費を算定していて、在宅復帰・在宅療養支援等指標：10項目評価（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護4又は5の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）について、各項目に応じた値を足し合わせた値が40以上の場合に算定します。
		102円／日	
		153円／日	
在宅復帰・在宅療養支援機能加算（Ⅱ）		51円／日	在宅強化型老健サービス費を算定していて、在宅復帰・在宅療養支援等指標：10項目評価（在宅復帰率、ベッド回転率、入所前後訪問指導割合、退所前後訪問指導割合、居宅サービスの実施数、リハ専門職の配置割合、支援相談員の配置割合、要介護4又は5の割合、喀痰吸引の実施割合、経管栄養の実施割合）について、各項目に応じた値を足し合わせた値が70以上の場合に算定します。
		102円／日	
		153円／日	
総合医学管理加算	275円／日	治療管理を目的とし以下の基準に従い、指定短期入所介護を行った場合に、10日を限度として算定します。 ・診療方針を定め、治療管理として投薬、検査、注射、処置等を行った場合。 ・診療方針、診断、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容等を診療録に記載している場合。 ・かかりつけ医に対し、利用者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて必要な情報の提供を行った場合。	
	550円／日		
	825円／日		
口腔連携強化加算	50円／回	口腔の健康状態の評価を実施し、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、評価の結果を情報提供した場合に、1か月に1回を限度として算定します。	
	100円／回		
	150円／回		
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	いずれかを算定	3円／日	認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の半数以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者が20人未満の場合は1名以上配置し、20人以上の場合は1名、39人までは2名以上、それ以上は10又はその端数を増すごとに1名以上を配置し、職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を行っている場合に算定します。
		6円／日	
		9円／日	
認知症専門ケア加算（Ⅱ）		4円／日	認知症ケア専門加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施し、介護・看護職員ごとの研修計画を作成・実施している場合に算定します。
		8円／日	
		12円／日	

加算項目		1割自己負担額	内 容
		2割自己負担額	
		3割自己負担額	
緊急時施設療養費 (緊急時治療管理)		518円/日	利用者の病状が重篤となり、救命救急医療が必要となる場合に、緊急的な治療管理としての投薬、検査、注射、処置等を行った時に、1か月に1回、連続する3日を限度として算定します。
		1,036円/日	
		1,554円/日	
生産性向上推進 体制加算 (I)	いずれかを算定	100円/月	生産性向上推進体制加算 (II) の要件を満たしかつ、 ・生産性向上推進体制加算 (II) のデーターにより業務改善の取組による成果が確認されていること ・見守り機器等のテクノロジーを複数導入していること。 ・職員間の適切な役割分担の取組等を行っていること。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデーターの提供を行っていること。 上記のいずれにも適合している場合に算定します。
		200円/月	
		300円/月	
生産性向上推進 体制加算 (II)	いずれかを算定	10円/月	利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会の開催や必要な安全対策を講じた上で、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を継続的に行っている場合に算定します。 ・見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入している。 ・1年以内ごとに1回、業務改善の取組による効果を示すデーターの提供を行っていること。 上記のいずれにも適合している場合に算定します。
		20円/月	
		30円/月	
サービス提供 体制強化加算 (I)	いずれかを算定	22円/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が80%以上配置、または勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が35%以上配置されている場合に算定します。
		44円/日	
		66円/日	
サービス提供 体制強化加算 (II)	いずれかを算定	18円/日	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が60%以上配置されている場合に算定します。
		36円/日	
		54円/日	
サービス提供 体制強化加算 (III)	いずれかを算定	6円/日	下記のいずれかに該当した場合に算定します。 ・介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上配置されている場合。 ・看護・介護職員の総数のうち、常勤職員75%以上配置されている場合。 ・サービスを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続7年以上の者が占める割合が30%以上配置されている場合。
		12円/日	
		18円/日	

加算項目	負担額	内 容
身体拘束廃止 未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 の単位数を 減算	身体拘束等の適正化を図るための、必要な措置（記録・委員会の開催・指針の整備・研修の実施）を講じていない場合に適用されます。
高齢者虐待防止 措置未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 の単位数を 減算	虐待の発生またはその再発防止の措置（指針の整備・研修の実施・担当者の設置）が講じられていない場合に適用されます。
業務継続計画 未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 の単位数を 減算	感染症や自然災害の発生時にサービス提供を継続的に実施するための業務継続計画の策定、それに従った必要な措置を講じていない場合に適用されます。
介護職員等処遇 改善加算（Ⅰロ）	い ず れ か を 算 定	（基本サービス料 自己負担額＋加算 分自己負担額） × 9. 7 %
介護職員等処遇 改善加算（Ⅱロ）		
		介護職員等の賃金を改善する計画を策定し、適切な処置を講じた場合に算定します。

⑥その他の利用料

理美容代	2,200円	業者にお支払いただくことになります。
私物洗濯	1 ネット 660円	ご家庭の都合により洗濯ができない場合、業者に依頼することもできます。
クリーニング代	要した費用	業者にお支払いただくことになります。
日用品費	230円／日	日常生活において通常必要となるものに係る費用（バスタオル、ペーパータオル、ティシュペーパー、石鹸、歯ブラシ、歯磨き粉等）
特別な日用品費	要した費用	
行事・クラブ 活動費	行事・クラブ活動費は参加状況に応じ、そこにかかる材料費等を実費にて負担していただくこととなります。	
口座振替手数料	口座振替を依頼された場合に、手数料を実費でいただきます。	
電気料	使用された量に応じた費用	

その他、健康管理費（インフルエンザ接種代）等、実費をご負担いただくことがあります。また上記以外に掛かる費用については説明の上、同意を得て徴収する場合があります。

※医療について

施設の医師で対応できる医療・看護につきましては介護保険給付サービスに含まれておりますが、当施設で対応できない処置や手術、病状の著しい変化に対する医療につきましては他の医療機関による往診や入通院により対応し、医療保険適用により別途自己負担をしていただくことになります。

4. 協力医療機関等

当施設では、下記の医療機関・歯科診療所に協力いただいています。

協力医療機関		
1	長野県立信州医療センター	須坂市立町 1332
2	長野市民病院	長野市富竹 1333-1
3	長野赤十字病院	長野市若里 5-22-1
協力歯科医療機関		
1	遠藤歯科医院	須坂市臥竜 1-5-16

5. 施設利用に当たっての留意事項

面会	概ね9：00～19：30の間とします。 なお、ご面会の際は、総合受付にて面会簿に記帳をしていただいたあと、施設ナースステーションで面会用紙に記帳をお願いいたします。
外出・外泊	事前に所定用紙にてお届けください。
喫煙について	タバコ、ライター類はお預かりします。希望時に所定の場所で喫煙していただきます。
飲酒について	酒類は原則持込みできません。施設内での提供の場合は、医師の確認が必要となります。
飲食について	お菓子類の持込みは最小限にしてください。原則お預かりさせていただいて、ご希望時にお渡しいたします。また、利用者間でのやりとりは禁止いたします。
所持品の持ち込み	職員の指示に従ってください。
金銭・貴重品の管理	金銭、貴重品類は原則持込みしないでください。必要な場合は、お預かりさせていただきます。
外泊時等の施設外での受診	必ず事前に申し出てください。
営利行為	できません。
宗教活動	できません。
特定の政治活動	できません。
ペットの持ち込み	できません。
ハラスメント	利用者及びその家族は、施設職員、他の利用者等に対して、以下の行為を行わないでください。 ①暴言、脅迫、威嚇、侮辱、その他人格を否定するような言動 ②不当な要求、強要、その他業務を妨害する行為 ③プライバシーの侵害、セクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕をさわるなどの行為を含む） ④その他法令または公序良俗に反する行為

※ご不明な点がございましたら、職員にお問い合わせください。

6. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、屋内消火栓3ヶ所、消火器5ヶ所配備しています。
- ・防災訓練 年2回（内1回は夜間想定）実施しますので、ご協力ください。
- ・防火管理者 宮下 和義

7. 事故発生時の対応

ご利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご利用者のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置をとらせて頂きます。

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって万が一事故が発生し、ご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかにご利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者が故意、過失がない場合にはこの限りではありません。

8. 第三者による評価の実施状況

福祉サービス第三者評価の受審状況は次のとおりです。

実施の有無	
実施した直近の年月日	
第三者評価機関名	
評価結果の開示状況	

9. 要望及び苦情の相談

施設利用に関する要望・苦情又は介護・療養に関する相談等は、介護支援専門員又は支援相談員にお申し出ください。

グリーンアルム福祉会	TEL 026-215-2662 (代表) 受付時間 9:00～17:30 毎日
------------	---

なお、玄関ホールに「ご意見箱」を設置していますので、ご活用ください。

また、下記の窓口でも苦情相談等を受け付けています。

苦 情 相 談 窓 口	電 話 番 号	受 付 時 間
須坂市 高齢者福祉課	(026) 248-9020	
小布施町 健康福祉課福祉係	(026) 214-9108	
高山村 村民生活課福祉係	(026) 242-1201	
長野市高齢者活躍支援課介護施設係	(026) 224-5094	
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	(026) 238-1580	9:00～17:00 (土・日・休日は除く)

以 上

介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」のご利用にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者	社会福祉法人グリーンアルム福祉会		
所在地	長野県須坂市大字仁礼 7 番地 1 0		
名 称	介護老人保健施設 「ウィングラス（併設ショートステイ）」		
	管理者		
説明者	職名	支援相談員	
	氏名		

私は、契約書および本書面により、事業者から介護老人保健施設「ウィングラス（併設ショートステイ）」についての重要事項の説明を受け、同意致しました。

令和 年 月 日

ご利用者	住所	
	氏名	
	署名代行者	
	氏名	
	(続柄 :	)
代理人	住所	
	氏名	
身元引受人	住所	
	氏名	